UN NOUVEL ÂGE À PARTAGER

POLITIQUE DU MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES

Québec

UN NOUVEL ÂGE À PARTAGER

ERRATA

Endroit	Erreur	Correction
p. 3, 3e para., 1re ligne	con-science	conscience
p. 13, 1er para., 4e ligne	le	les
p. 13, 9e ligne	acueil	accueil
p. 18, 3e para., 1re ligne	lourd	lourde
p. 24, 3e para., 1re ligne	s'ajoutent	s'ajoute
p. 25, 1er para., 3e ligne	la	le
3e para., 6e ligne	d'établissement d'Affaires sociales	d'établissements des Affaires sociales
p. 26, 5e para., 6e ligne	en	et
p. 27, 1er para., 1re ligne	protrait	portrait
p. 29, 5e para., 7e ligne	technocratisée	technocratisé
p. 38, 5e para., 2e ligne	fixés	fixé
p. 39, 5e para., 5e ligne	vieillisante	vieillissantes
p. 40, 3e para., 3e ligne	leurs ont été imposées	leur ont été imposées;
p. 43, 7e para., 4e ligne	action	actions
p. 47, 1er para., 11e ligne	CHCD	CHSCD
p. 49, 3e para., 1re ligne	persones	personnes
p. 52, 4e para., 2e ligne	leurs	leur
4e para., 3e ligne	chez-eux	chez eux

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2e trimestre 1985
ISBN 2-550-11752-2

Table des matières

PREMIÈRE PARTIE Page

Les personnes agées au Québec: certaines de leurs caractéristiques et de leurs conditions de vie 6

• Caractéristiques et conditions de vie 7

- Le contexte démographique 7
- Le contexte social 9
- Les conditions économiques 10
- L'état de santé 11
- Le vécu psychologique et social 14

• La problématique 17

DEUXIÈME PARTIE

Les personnes agées au Québec: leurs besoins, les ressources et leur problématique 20

• Les besoins des personnes âgées 21

• Les ressources 23

- La personne âgée et son entourage 23
- La communauté 24
- Les services publics 25

• La problématique 27

- Ressources légères versus ressources lourdes 27
- L'accessibilité aux ressources 28
- Complémentarité, continuité et coordination 28
- L'État et la communauté 28
- Une préoccupation pour les personnes âgées là où elles se trouvent 29
- La qualité de la vie 29

TROISIÈME PARTIE *Page*

Les objectifs et les orientations 32

QUATRIÈME PARTIE

Plan d'action du ministère des affaires sociales à l'égard des personnes agées 36

• **L'autonomie de la personne** 39

- L'information 39
- La prévention 40
- Formation et recherche 41

• **Le réseau naturel d'aide** 43

• **Les services externes** 45

- Les services à domicile 45
  - — L'aide et les soins à domicile 45
  - — Les soins spécialisés à domicile 45
- Les programmes et activités de jour 46
- Les urgences sociales 47

• **Les ressources résidentielles intermédiaires** 49

- L'hébergement temporaire 49
- La famille d'accueil 49
- Le pavillon 50
- Les différentes formules d'habitation 50

• **Les ressources institutionnelles** 51

- Qualité des services dans les établissements 51
- Humanisation des services 52

• **Structure de services et modalités fonctionnelles** 53

- Accessibilité aux services 53
  - — Le CLSC 53
  - — Le cabinet privé du médecin 54
  - — Le centre hospitalier de courte durée 54
- La coordination des services 55

Conclusion 57

Références 59

Introduction

Le présent document constitue les orientations que privilégie le ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées de même que le plan d'action qu'il entend mettre de l'avant. Il fait connaître les intentions du ministère d'agir concrètement dans les secteurs qui relèvent de sa responsabilité c'est-à-dire les services de santé, les services sociaux et les services communautaires.

Le Ministère est certes conscient qu'une politique intégrale à l'égard des personnes âgées touche à d'autres domaines de la vie. Et c'est notamment le cas dans les domaines de l'habitation, de la famille ou de la fiscalité où le gouvernement justement propose des alternatives. Le présent document se concentre sur le mandat du Ministère et définit les orientations et les moyens d'action qu'il soutiendra et développera.

Cette démarche d'ensemble est d'abord justifiée par la prise de con- science du phénomène du vieillissement global de la population et de son impact prévisible de même que par la nécessité d'adapter les services offerts aux conditions de vie des personnes âgées.

Le Québec connaît, depuis une trentaine d'années, et connaîtra, au cours des vingt prochaines années, une forte augmentation du nombre et de la proportion de ses personnes âgées. Cette situation a déjà entraîné et entraînera encore des changements importants dans la nature, la quantité et la qualité des besoins de la population, en général, et de la population âgée, en particulier.

Un bon nombre de personnes âgées sont actuellement soumises à des conditions de vie et présentent une configuration de besoins qui suscitent des interrogations sur la nature et l'ampleur des efforts actuellement consentis.

Mais au-delà du phénomène démographique et du constat de changement dans la perception des besoins ou d'inadéquations dans la structure de services, le document établit aussi sa pertinence sur les démarches de réflexion entreprises depuis plusieurs années dans divers milieux, qu'il s'agisse des regroupements de personnes âgées, des organisations que se donne la communauté, des milieux de recherche ou des différents acteurs du réseau des Affaires sociales. De tout cela, il est possible de tirer un certain nombre de consensus qui servent de jalons à la volonté ministérielle d'actions concrètes à l'égard des personnes âgées.

Alors que la première partie du document établit certains constats sur la situation des personnes âgées et sur les problèmes d'adaptation, la seconde partie veut présenter un éventail des besoins et un inventaire des services qui font ressortir les différentes problématiques qui confrontent le domaine des Affaires sociales.

C'est dans le troisième chapitre que sont présentées les grandes orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées. En plus d'être, en quelque sorte, la synthèse du discours des dernières années, elles se veulent l'engagement concret du ministère des Affaires sociales et un appui à tous ceux et celles qui, dans la communauté ou la structure de services, manifestent un intérêt constant pour la satisfaction des besoins légitimes des personnes âgées.

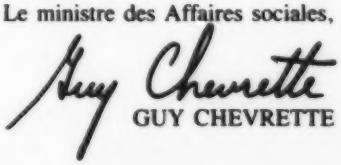
Enfin, la quatrième partie annonce les actions que le ministère des Affaires sociales entend prendre pour rencontrer ses objectifs, autant en termes de services à créer, à maintenir ou à améliorer qu'en termes de liens à établir entre ceux-ci et les initiatives engendrées par l'action des communautés.

L'ensemble de cette démarche implique non seulement la participation du ministère des Affaires sociales, de son réseau d'établissements et des différentes structures régionales et sous-régionales, mais également l'ouverture d'un réseau fortement structuré sur la communauté qui l'entoure et axé sur le respect des personnes plutôt que sur sa propre technicité.

Les solutions aux problèmes que vivent les personnes âgées ne passent pas uniquement par l'État ou un réseau de services publics. S'il lui faut à coup sûr parfaire la distribution de services, il se doit aussi d'appuyer les efforts des différentes communautés et des citoyens qui les composent où, souvent et avec peu de moyens, se pratiquent les interventions les plus susceptibles de rencontrer les aspirations des personnes âgées elles-mêmes.

Le présent document et particulièrement le plan d'action qui l'accompagne veut donc signifier la volonté du ministère des Affaires sociales de réorienter ses interventions auprès des personnes âgées, en vertu du domaine de responsabilités qui est le sien. Dans cette perspective, il doit être considéré autant comme un guide pour les actions futures que l'amorce d'un processus complexe impliquant la conjonction d'efforts à tous les niveaux.

Le ministre des Affaires sociales,



GUY CHEVRETTE

PREMIÈRE PARTIE:
Les personnes âgées au Québec: certaines de leurs caractéristiques et de leurs conditions de vie.

Avant d'aborder la question des services dispensés aux personnes âgées, il importe de décrire certaines des caractéristiques et des conditions de vie de ces personnes qui ont une influence marquée sur la nature, la quantité et la qualité des services qui doivent être offerts.

Caractéristiques et conditions de vie

Le vieillissement étant un processus continu, il devient très arbitraire de choisir un âge pour différencier les personnes âgées de celles qui ne le sont pas.

Traditionnellement, on a considéré comme âgées les personnes qui, étant sur le marché du travail, devaient quitter ce marché lorsqu'elles atteignaient l'âge de 65 ans ou qui, arrivées à cet âge, devenaient éligibles à « la pension de vieillesse ».

L'adoption, en avril 1982, de la **Loi sur l'abolition de la retraite obligatoire et modifiant certaines dispositions législatives**(1) ajoute au caractère arbitraire du choix à faire. Désormais, une personne peut rester sur le marché du travail aussi longtemps qu'elle le désire.

Il serait arbitraire de désigner comme « âgées » les personnes qui atteignent l'âge de 65 ans. Toutefois, à cause des statistiques disponibles, cet âge sera retenu comme ligne de démarcation entre la population « dite » âgée et celle « non considérée » comme telle.

Les caractéristiques et les conditions de vie des personnes âgées constituent un ensemble de réalités qu'il est difficile de dissocier. Il est reconnu, par exemple, que les habitudes de vie des personnes ont une influence considérable sur leur état de santé général et que l'état de santé des personnes joue un rôle important dans leur vie psychique et sociale. Ici, également, le choix qui doit être fait de séparer des réalités intimement liées est tout à fait arbitraire.

Dans le présent document, les caractéristiques et les conditions de vie des personnes âgées qui seront abordées porteront sur les données de population, le contexte social, les conditions économi ques, l'état de santé et le vécu psychologique et social.

Le contexte démographique

Les données de population révèlent que le Québec connaît un vieillissement global de sa population, un accroissement plus marqué du nombre de ses personnes âgées de 75 ans et plus, une augmentation de sa population féminine âgée et l'existence de différences régionales.

Un vieillissement global de la population

Selon les données du recensement canadien, le Québec comptait, en 1981, 569 380 personnes âgées de 65 ans et plus qui constituaient 8,8% de sa population totale[2]. Cette proportion était de 5,7% en 1951[3]. Selon les projections les plus réalistes, le Québec compterait, en l'an 2001, environ 872 600 personnes de même âge qui constitueraient 12% de sa population totale[4].

L'évolution de la population du Québec s'inscrit dans la tendance observée, à l'échelle mondiale, d'un même vieil lissement global de la population[5]. Toutefois, même en l'an 2001, la proportion québécoise de personnes âgées de 65 ans et plus serait encore inférieure aux proportions de personnes de même âge déjà observées, en 1977, dans plusieurs pays européens: la Suède (13,1%), la Norvège et la France (14%), l'Allemagne de l'Ouest et le Royaume-Uni (14,9%), l'Autriche (15%), l'Allemagne de l'Est (16%)[5].

En 1981, la proportion québécoise de personnes âgées de 65 ans et plus (8,8%) se situait en-dessous de la proportion des personnes de même âge à l'échelle du Canada, soit 10%[2]. Le Québec était alors au huitième rang des provinces canadiennes en suivant l'Ile-du-Prince-Edouard (12,2%), la Saskatchewan (12%), le Manitoba (11,9%), la Nouvelle-Ecosse et la Colombie-Britannique (10,9%), le Nouveau-Brunswick (10,1%) et l'Ontario (9,0%).

Le vieillissement de la population québécoise n'est pas seulement dû au fait que les gens vivent plus longtemps aujourd'hui qu'autrefois. Ce phénomène s'explique autant par une diminution de la natalité et par un solde migratoire négatif que par une simple augmentation de la longévité.

L'effet combiné de ces trois facteurs exerce une profonde influence sur l'évolution de la population. Si les tendances observées se poursuivent, les projections les plus réalistes nous font entrevoir un plafonnement de la population québécoise au début du siècle prochain, suivi d'une lente décroissance par la suite.

Cette stagnation de la population devrait entraîner des modifications sensibles aux extrémités de la pyramide des âges (les jeunes et les aînés) alors que le groupe central des 20-64 ans devrait maintenir sa représentativité à environ 60% de la population totale. Pour leur part, les jeunes (0-19 ans)qui constituaient 50% de la population totale en 1960 devraient voir leur proportion tomber à environ 25% en l'an 2001.

Un accroissement plus marqué du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus

Entre 1951 et 1981, le nombre d'années que pouvaient espérer vivre (espérance de vie) les hommes âgés de 60 ans passait de 12,8 à 13,9[6]. Chez les femmes, cette espérance de vie passait de 14,2 à 18,5 années, au cours de la même période.

L'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans aura un impact sur le vieillissement des différents groupes de personnes à l'intérieur de la population âgée. Alors qu'entre 1981 et 2001, l'ensemble de la population âgée augmenterait de 53%, les groupes de personnes âgées de 75 ans et plus et de 80 ans et plus augmenteraient respectivement de 89% et de 107%. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus et de 80 ans et plus passeraient respectivement de 199 385 à 377 320 et de 95 245 à 196 728.

Une augmentation de la population féminine âgée

Pour l'ensemble de la population âgée, le rapport hommes/femmes, qui était de 95 hommes pour 100 femmes, en 1951, et de 71 hommes pour 100 femmes, en 1981, passerait à 66 hommes pour 100 femmes, en 2001. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, ce rapport, qui était de 82 pour 100, en 1951, et de 53 pour 100, serait de 50 pour 100, en 2001. Ce qui reviendrait à dire qu'à ce moment, il y aurait deux (2) femmes âgées de 80 ans et plus pour un (1) homme de même âge.

L'existence de différences régionales

En 1981, les régions du Québec vivaient chacune à leur façon les phénomènes de population que connaissait l'ensemble du Québec. Certaines régions se caractérisaient par des proportions de personnes âgées plus élevées que la proportion connue à l'échelle du Québec (8,8%): Montréal-Métropolitain (10,8%), Cantons-de-l'Est (9,9%), Trois-Rivières (9,8%), Bas St-Laurent/Gaspésie et Québec (9%)[2].

Selon des prévisions de population à l'échelle des régions du Québec, les régions du Saguenay/Lac St-Jean et de l'Outaouais connaîtraient, entre 1981 et 2001, des augmentations de leur population âgée plus grandes que l'augmentation prévue à l'échelle du Québec (53%), soit 85% et 59% respectivement. En 2001, la région de Trois-Rivières se caractérisait, pour sa part, par la proportion la plus élevée de personnes âgées, soit 14% de sa population totale.

Le contexte social

Les circonstances sociales qui caractérisent la situation de la population âgée actuelle trouvent leur origine dans le passage de la société québécoise d'une société traditionnelle à une société post-industrielle, la « révolution tranquille » des années « 60 » et certains événements des années « 70 », telle la formation de groupes de pression.

Le passage de la société traditionnelle à la société post-industrielle

Pendant que la société québécoise passait d'une société traditionnelle à une société post-industrielle, la famille rurale, étendue aux grands-parents et fortement influencée par les valeurs religieuses devenait davantage urbaine, limitée aux parents et aux enfants et fondée sur des valeurs d'individualité et de réalisations personnelles.

La « révolution tranquille »

Avant 1960, les besoins de services des personnes âgées étaient satisfaits, dans la plupart des cas, soit par la famille immédiate, soit par les institutions privées, ou les communautés religieuses. Dans ces deux (2) derniers cas, la personne qui le pouvait devait payer pour recevoir des services.

La « révolution tranquille » des années « 60 » amena elle aussi des changements importants dans le système de valeurs de la population québécoise. On passa graduellement d'un modèle de distribution de services marqué par la charité

chrétienne et la capacité de payer à un modèle davantage public et gratuit. Des mesures telles que l'assurance-hospitalisation[7] et les régimes publics de pension[8] furent alors mises en place.

Depuis 1972, la **La loi sur les services de santé et les services sociaux** reconnaît que « toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.. »[9].

La formation de groupes de pression

Depuis quelques années, les personnes âgées du Québec se regroupent dans des associations de plus en plus nombreuses. L'action menée par ces associations vise essentiellement à sensibiliser la société québécoise aux problèmes vécus par les personnes âgées et aux rôles actifs qu'elles veulent jouer dans la société. Certaines de ces associations sont la Fédération de l'Age d'Or du Québec, l'Association québécoise de la défense des droits des retraités (retraitées) et des préretraités (pré-retraitées) et le Comité provincial des malades qui regroupent au-delà de 150 000 personnes.

Les conditions économiques

Pour décrire les conditions économiques des personnes âgées, les questions relatives au travail, au revenu et au logement ont été retenues.

Le travail

A venir jusqu'à tout récemment (1982), les ententes conclues au niveau des conventions collectives de travail obligeaient les personnes qui étaient sur le marché du travail à quitter ce marché dès qu'elles atteignaient l'âge de 65 ans. Cette obligation entraîna une baisse importante du taux de participation au marché du travail, particulièrement chez les hommes âgés de 65 ans et plus. De 35,8% qu'il était, en 1956, ce taux passa à 12,8%, en 1978[10]. Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, on observa le phénomène contraire. Au cours de la même période, ce taux passa de 3,2% à 5,8%.

Le revenu

Une partie importante du revenu des personnes âgées est constituée par des argents provenant des pensions de vieillesse, des régimes de retraite et des régimes de rente (paiements de transfert). En 1975, les sommes provenant de ces sources constituaient 60% du revenu des personnes âgées vivant dans des familles et 87% du revenu des personnes âgées vivant seules[11].

La retraite du marché du travail entraîne, pour la plupart des personnes âgées, une diminution importante du revenu. Le montant du revenu et sa diminution varient selon que les personnes âgées vivent dans des familles ou seules et selon le sexe. En 1979, le revenu moyen des familles québécoises dont le chef était âgé de 65 ans et plus était de 2,2 fois plus élevé que celui des personnes âgées vivant seules[12]. En 1980, le revenu moyen des familles canadiennes était de 12 704$. Chez les chefs de familles, le revenu moyen des chefs féminins (8 473$) représentait alors 52% du revenu moyen des chefs masculins (15 559$)[13].

Le revenu des personnes âgées se situe souvent sous le seuil de pauvreté. Selon une étude effectuée à Montréal, en 1979, l'écart entre le revenu minimum garanti et le seuil de pauvreté établi par Statistiques Canada variait selon que les personnes âgées vivaient à deux (2) ou seules: il était de -662$, chez les couples, et de -1 449$ chez les personnes seules[14].

Pour la très grande majorité des femmes âgées, le revenu du conjoint est la seule source de sécurité financière. Lorsque survient le décès du conjoint, la situation financière de la femme est particulièrement touchée. En 1975, 66% des femmes âgées veuves vivaient dans la pauvreté, les pensions de vieillesse étant leur seule source de revenu[15].

La grande majorité des femmes âgées n'a pu accumuler de crédits de retraite, sinon sur de courtes périodes de temps et pour des montants fort insuffisants. Les régimes de pension actuels, qu'ils soient étatiques ou privés, favorisent peu les femmes. Dans le cadre de la Régie des rentes du Québec, les femmes qui survivent à leurs conjoints n'ont droit qu'à une fraction des crédits accumulés par eux. Dans le cadre des régimes privés de pension, les rentes de conjoints survivants ne sont pas prévues. De plus, la majorité des travailleurs ne sont pas couverts par des régimes supplémentaires de rentes[16].

Le logement

La baisse du revenu des personnes âgées a pour conséquence d'amener ces dernières à accorder à l'item logement une proportion de leur revenu plus importante que celle qu'elles y accordaient auparavant. Selon Statistiques Canada, l'ensemble des chefs de familles et des personnes seules âgés de 65 ans et plus dépensaient, en 1978, en moyenne 22,1% de leur revenu pour se loger alors que l'ensemble de la population consacrait 16,9% de son revenu à ce chapitre.

Nombre de personnes âgées habitent des logements qui sont devenus inadéquats, soit parce que trop vieux et insalubres soit parce que trop grands et inadaptés à leurs besoins. Selon Statistiques Canada, 33% des ménages québécois dont le chef était âgé de 65 ans et plus occupaient, en 1971, des logements construits en 1920, ou avant, alors que 19,7% de l'ensemble des ménages occupaient des logements semblables[17]. Au cours de la même année, les ménages dont le chef était âgé de 65 ans et plus, bien qu'ayant un nombre moyen de personnes par ménage plus petit que l'ensemble des ménages, occupaient des logements dont le nombre de pièces était identique à celui de l'ensemble des ménages.

Ces conditions amènent les personnes âgées à vouloir déménager. La proportion des personnes qui ont déjà envisagé cette possibilité varie selon les études de 25 à 60%[18]. Mais, pour des raisons qui peuvent être d'ordre économique, psychologique ou social, très peu de personnes âgées déménagent effectivement.

L'état de santé

La santé pouvant être définie non seulement par l'absence de maladies mais également comme un état et une capacité physiques et psychologiques d'adaptation de la personne à son environnement, état et capacité qui se traduisent par un sentiment de bien-être physique et psychologique lié à l'accomplissement de certains rôles sociaux, la question de l'état de santé des personnes âgées sera abordée à partir de leur propre sentiment de bien-être, de leurs capacités de fonctionnement, des maladies et des comportements associés qui les caractérisent.

Le sentiment de bien-être

Chez les personnes âgées, le sentiment de bien-être physique et psychologique semble beaucoup plus lié à la capacité d'accomplir certaines activités de la vie

quotidienne qu'à l'absence de certaines maladies. D'ailleurs, ce sentiment de bien-être est davantage lié à un sentiment d'utilité qu'au fait d'être en bonne santé. De plus, ce sentiment de bien-être semble varier selon l'âge des personnes. D'après une enquête effectuée, en 1980, dans trois (3) villes québécoises, auprès de personnes âgées vivant à domicile, plus de la moitié des personnes interviewées se déclaraient en bonne santé ou en excellente santé alors que seulement 15 à 20% d'entre elles considéraient leur santé comme déficiente ou mauvaise, et ce, malgré le fait que 80% de ces personnes disaient souffrir d'au moins une (1) maladie chronique[19]. Les personnes âgées entre 65 et 70 ans percevaient leur état de santé comme mauvais, dans 9% des cas, alors que les personnes âgées de 70 ans et plus percevaient leur état de santé de façon semblable, dans 14% des cas[21]. Ce constat démolit le stéréotype figé où vieillesse signifie plus ou moins maladie et incapacité.

Les personnes âgées vivant à domicile exprimaient une grande satisfaction face à la vie, dans plus de 50% des cas.

Les capacités de fonctionnement

L'automonie des personnes âgées semble varier en fonction des types d'activités qu'elles ont à accomplir et de leur âge. Selon une étude réalisée en 1980, les activités que les personnes âgées vivant à domicile se disaient capables de faire seules étaient:

- se laver, s'habiller, se nourrir, dans 98% des cas;
- préparer les repas, dans 88 à 92% des cas;
- marcher à l'extérieur, dans 85 à 88% des cas;
- exécuter des travaux lourds, dans 75 à 86% des cas.[19].

Les personnes âgées entre 65 et 70 ans et celles âgées de 70 ans et plus se différenciaient sensiblement les unes des autres dans les difficultés qu'elles pouvaient éprouver et dans l'aide qu'elles nécessitaient pour accomplir ces activités. Par exemple, le premier groupe de personnes éprouvait de la difficulté à monter ou descendre un escalier, dans 10,3% des cas, et nécessitait de l'aide pour faire cette activité, dans 2,1% des cas, alors que le second groupe éprouvait de la difficulté, dans 14,9% des cas, et nécessitait de l'aide pour accomplir cette même activité, dans 4,6% des cas[20]. Chez ce dernier groupe, les gains en espérance de vie des femmes à 65 ans, soit 4,6 années par rapport aux hommes, semblaient annulés par l'augmentation chez elles des limitations d'activités[21].

Enfin, les problèmes de locomotion sont souvent une cause importante des limitations d'activités. Même s'il n'existe aucune étude portant sur l'étendue du problème, on estime que les personnes âgées pourraient bénéficier de soins podiatriques au Québec.

Les maladies et les comportements associés

La plupart des maladies que présentent les personnes âgées sont souvent le résultat des conditions et des habitudes de vie qui ont prévalu avant l'âge de 65 ans. Les principales de ces maladies sont reliées au système circulatoire (tels les troubles du coeur), aux os et aux articulations (système ostéo-articulaire) (tels l'arthrite et le rhumatisme), au système respiratoire (tels la bronchite, l'emphysème et l'asthme), aux accidents, aux chocs violents (traumatismes), aux troubles de la vision et aux troubles mentaux[22].

Parmi les facteurs susceptibles d'influer sur l'état de santé des personnes âgées, on retrouve la sédentarité et la mauvaise alimentation. Selon une enquête menée

par Santé et Bien-être social Canada, les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus considéraient avoir une activité physique modérée ou considérable, dans 22% et 15% des cas, respectivement[22]. En 1977, les deux (2) principaux problèmes reliés aux habitudes alimentaires des personnes âgées de 65 ans et plus étaient le carences en la plupart des vitamines et des minéraux et l'obésité[23].

Le problème de l'alimentation des personnes âgées est complexe. Certaines s'alimentent mal parce qu'elles se sentent isolées, d'autres, parce que leur pouvoir d'achat est trop faible, d'autres, enfin, parce qu'elles n'ont plus la capacité physique de s'approvisionner et de préparer des repas satisfaisants[23]. La mauvaise alimentation trouve souvent sa source (et ce n'est pas le propre de la seule vieillesse) dans le fait pour beaucoup d'entre eux de se retrouver seuls à table. Manger ne signifie plus alors qu'un seul acte mécanique d'entretien, sans compter les mauvaises habitudes alimentaires antérieures à la vieillesse.

Ces habitudes alimentaires ne sont pas sans conséquences sur la santé dentaire des personnes de ce groupe d'âge. Ainsi, on estime que près de la moitié (50%) des personnes âgées de 65 ans et plus sont affectées d'une gingivite, le quart (25%) de troubles du parodonte ou de troubles aux muqueuses; ces problèmes sont souvent irréversibles. Il faut ajouter également qu'environ 72% des 65 ans et plus ne comptent plus une dent naturelle, que 64% de ces dernières portent des prothèses complètes et que les 2/3 des prothèses en bouche sont jugées inadéquates.

Le fait que les personnes âgées tendent à recourir aux services médicaux plus souvent que ne le fait l'ensemble de la population pourrait en partie s'expliquer par l'absence d'une intervention immédiate et globale et par l'absence de suivi des maladies et par la présence de maladies chroniques. Ainsi, plus de la moitié des épisodes de restriction temporaire d'activité, qui peuvent aller jusqu'à l'alitement et à l'hospitalisation à court terme, sont attribuables aux crises aigües des maladies chroniques dont souffrent les personnes âgées[21].

En 1980, les personnes âgées, qui représentaient 8,5% de la population totale, recevaient 16,1% de l'ensemble des services médicaux dispensés[24]. A elles seules, les personnes âgées de 75 ans et plus accaparaient 41% des services dispensés à la population âgée alors qu'elles ne constituaient que 35% de cette population.

En 1981, les personnes âgées avaient à leur compte près de 30% du nombre total de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux de courte durée alors qu'elles ne constituaient que 8,8% de la population totale[25]. La durée moyenne de séjour des personnes âgées dans ces hôpitaux était le double de celle de l'ensemble de la population, soit 15,3 jours par comparaison à 7,45 jours. Les personnes âgées de 75 ans et plus, particulièrement les femmes, avaient une durée moyenne de séjour de 19 jours.

A cette utilisation des services médicaux s'ajoute une surconsommation par les personnes âgées des médicaments prescrits par ordonnances. En 1980, les personnes âgées vivant à domicile recevaient 1,4 fois plus d'ordonnances que l'ensemble de la population admissible au programme québécois de médicaments gratuits[24]. Selon l'enquête Santé-Canada, le pourcentage des personnes qui prenaient deux (2) variétés et plus de médicaments était plus élevé chez les personnes âgées que dans l'ensemble de la population: 25% des femmes et 13% des hommes âgés de 65 ans et plus prenaient au moins trois (3) variétés de médicaments à la fois[22]. En 1982, les personnes reçues en centres d'acueil privés conventionnés ou publics recevaient chacune en moyenne 5,8 médicaments par jour.

La consommation de médicaments diminue considérablement lorsque les personnes âgées se sentent heureuses et détendues. Le combat entre la sur-consommation (et la sur-prescription par les professionnels) passe par la transformation du climat institutionnel et pour les personnes âgées demeurant chez elles, par la diminution de cet isolement qui les fait dépérir et mourir à petit feu. Il est à noter que ce phénomène de médication affecte particulièrement la population féminine, notamment à l'égard des psychotropes.

La pertinence et l'efficacité de certains médicaments prescrits, en particulier, les psychotropes et les laxatifs, sont actuellement remises en cause[26][27]. Loin de régler les problèmes, l'utilisation de médicaments pourrait les accentuer, dans certains cas[31].

L'une des particularités des personnes âgées qui recourent, de façon disproportionnée, à l'usage de médicaments est d'avoir peu de maîtrise sur leur environnement social[30]. Le recours au médicament exprime tantôt une demande de réparation de dommages physiques, tantôt une demande d'aide pour un problème dépassant la maladie. Cela illustre, jusqu'à un certain point, la complexité des interactions entre le bien-être physique et le bien-être psychologique dans l'état général de santé.

Le vécu psychologique et social

Pour caractériser le vécu psychologique et social de certaines personnes âgées, les questions de solitude, d'isolement, de marginalisation seront abordées. La violence à l'égard des personnes âgées est un phénomène de plus en plus connu et fera l'objet d'une attention toute particulière.

La solitude et l'isolement

La solitude (le fait de vivre seul) et l'isolement (la privation de communications ou de contacts significatifs avec d'autres personnes) marquent particulièrement le vécu quotidien de plusieurs personnes âgées. Cette solitude et cet isolement sont le résultat d'une série de coupures avec ce qui constitue l'essentiel de l'existence: la famille immédiate, le milieu de travail et les relations sociales qui y sont attachées, les amis et les contemporains. La personne âgée ayant franchi difficilement certaines étapes peut manifester un penchant pour l'alcool. Un rapport publié par Statistiques Canada en 1981 indique que l'on retrouve parmi les grands buveurs 20% d'hommes et 5% de femmes âgés de 60 ans et plus.

Quoique la plupart des personnes âgées aient des enfants vivants, une faible proportion de ces personnes vivent avec leurs enfants. Les parents eux-mêmes désirent cette séparation du domicile. Ils veulent cependant maintenir des liens étroits avec leurs enfants et leurs petits- enfants.

Bien que l'on sache, par quelques études et sondages, que la majorité des personnes âgées habitent à proximité d'un réseau familial ou social (entre 94,9% et 99%), la connaissance de cette proximité des contacts physiques renseigne peu sur l'intensité de ces derniers et sur la satisfaction qu'ils apportent. On sait, par exemple, que les personnes de la famille et les amis sont les principaux agents d'aide apportée aux personnes âgées: près de 80% des personnes âgées peuvent compter sur de l'aide immédiate en cas d'urgence et entre 28 et 39% des personnes âgées reçoivent de l'aide pour les tâches domestiques.

La solitude marque de nombreuses personnes âgées. En 1980, 25% des personnes âgées vivant à domicile étaient seules et cette proportion s'accentuait dans les milieux urbanisés[20].

Le veuvage touche beaucoup plus les femmes que les hommes âgés. Selon une étude produite en 1983, les deux tiers (2/3) des femmes et le tiers (1/3) des hommes âgés de 75 ans et plus sont veufs (30). Si l'on considère que les femmes vivent en moyenne sept (7) années de plus que les hommes et que les époux ont en moyenne trois (3) années de plus que les épouses, ces dernières ont encore, au décès de leurs conjoints, dix années à vivre possiblement seules[32].

L'isolement des personnes âgées peut être accentué par des facteurs tels que la difficulté physique de quitter le logement, l'insécurité du quartier d'habitation, l'accès difficile aux services et aux rencontres sociales, ces facteurs devant être considérés en relation avec l'autonomie physique et le revenu des personnes âgées.

La marginalisation

Le contexte culturel et social dans lequel vivent présentement les personnes âgées, axé sur la participation active au monde du travail et la productivité, restreint considérablement les rôles que les personnes âgées pourraient jouer sur divers plans. La mise à la retraite place les individus dans un groupe moins structuré et plus en marge des valeurs dominantes. « L'intégration au groupe social des retraités est perçue par la majorité comme insatisfaisante et dévalorisante »[33].

Le désoeuvrement qui suit la retraite, joint à la baisse graduelle des capacités physiques et à une perte appréciable de revenu, constitue une réalité à laquelle peu de personnes âgées échappent. Pour certains hommes, le désengagement face au monde de travail, surtout s'il n'a pas été planifié, peut accélérer le processus du vieillissement.

Chez les personnes âgées, la perception de soi est souvent orientée uniquement en fonction du vieillissement. Cette perception est facilitée par le fait que la société marginalise les personnes âgées, par exemple, en les considérant comme des consommatrices de soins et de services[34].

Une certaine vision « masculinisante » de la personne âgée touche les femmes de façon toute particulière. Par exemple, à l'âge de 65 ans, on accorde beaucoup d'importance à la retraite du marché du travail alors que la plupart des femmes âgées n'ont jamais eu d'emploi rémunéré, l'avance en âge des femmes est souvent perçu plus négativement que celui des hommes[35].

L'importance accordée par la culture à la maternité et aux attraits physiques féminins rendent aux femmes plus lourds les effets du vieillissement. Une femme vieillis sante aura souvent des difficultés à trouver ou à conserver un emploi[31], une femme vieille sera souvent jugée sévèrement ou ironiquement.

La marginalisation et la perception négative de soi sont des facteurs qui peuvent mener à la dépression. On estime que plus de 50% des problèmes de santé mentale des personnes âgées sont des dépressions. La prévalence de ce problème chez ces personnes serait d'environ 10%; dans les centres d'accueil, elle passerait de 15 à 30%. Certains phénomènes (veuvage plus fréquent, recours plus important à la médication, pauvreté, ...) portent à croire que l'incidence générale des problèmes de santé mentale est plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes âgés. Parmi les autres problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les personnes de ce groupe d'âge, citons la maladie d'Alzheimer (démence sénile) et l'artérite temporale[36].

La violence

À l'instar des autres groupes de la société, les personnes âgées n'échappent pas au phénomène de la violence. Ce phénomène se manifeste principalement sous forme d'assauts verbaux, d'abandon par la famille, d'institutionnalisation forcée, de menace, de chantage, de dévalorisation, de vols d'argent et de chèques, d'abus d'autorité et de confiance. Les mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées surviennent dans la famille, dans 25% des cas, et en milieu institutionnel dans 43% des cas[38].

Selon une étude effectuée auprès des personnes âgées de Montréal, la peur du crime et de la violence arrive au premier rang de l'ensemble des craintes exprimées, même si, dans les faits, les personnes âgées sont moins souvent victimes que d'autres groupes de personnes[37]. Ce sentiment est particulièrement ressenti chez les femmes pauvres vivant en milieu urbain, surtout lorsque le support social est faible ou inexistant.

Les conséquences de la violence sont, pour les personnes âgées, plus lourdes et plus significatives que pour d'autres groupes[37]. Si elles sont moins souvent victimes de délits criminels que ne le sont les jeunes, les personnes âgées subissent, par contre, une série d'actes de violence pour lesquels il y a peu de recours judiciaires (négligence, discrimination, harcèlement, mise à l'écart de la vie sociale et pauvreté).

Chez les personnes âgées, on note un lien étroit entre le risque d'être victime de violence et la pauvreté particulièrement chez les femmes. En s'appauvrissant, les personnes âgées se retrouvent souvent refoulées dans des quartiers défavorisés et criminogènes[37].

Au niveau familial, les actes de violence dont les femmes âgées sont victimes proviennent souvent des enfants, en particulier, les fils[39].

Chez les personnes âgées, la victime serait le plus souvent âgée entre 70 et 80 ans, de sexe féminin et logée en institution.

La méconnaissance des recours et des services, la peur des représailles et l'hésitation à dénoncer fait que beaucoup de délits dont sont victimes les personnes âgées restent ignorés.

La problématique

Les considérations qui précèdent permettent d'identifier certains éléments de problématique vécue au niveau de la population âgée: la méconnaissance du processus du vieillissement et les problèmes sociaux et de santé qui en découlent, l'existence de groupes à risques, la dépendance des individus et des groupes face à l'Etat, les besoins et les problèmes pour lesquels il faudra apporter des solutions.

La méconnaissance du processus de vieillissement

Le vieillissement est un processus normal qui s'inscrit dans la vie de tous les individus. Le fait que cette réalité soit souvent méconnue amène certaines personnes âgées, certains intervenants auprès de ces personnes et la société, en général, à des comportements qui peuvent contribuer à hâter le processus du vieillissement et à marginaliser davantage les personnes âgées.

Chez les personnes âgées, la perte graduelle de l'autonomie engendre parfois des sentiments d'insécurité physique, psychologique et sociale qui sont à la base d'un certain comportement de dépendance face aux intervenants et aux services médicaux et sociaux. Par exemple, le fait que les personnes âgées consultent plus et consomment plus de médicaments que l'ensemble de la population et les longues listes d'attente pour l'hébergement en milieu institutionnel pourraient en partie s'expliquer par ces sentiments d'insécurité.

Chez les intervenants, on note une tendance à l'infantilisation dans les façons de percevoir les personnes âgées et d'intervenir auprès d'elles: par exemple, ces dernières sont interpelées par leurs prénoms, la généralisation du tutoiement, la sur-simplification des activités sociales et récréatives, l'aménagement des lieux de services ou de séjour n'est pas approprié à l'âge, les programmes offerts sous-estiment les capacités de fonctionnement, de récupération et de créativité des personnes âgées.

La méconnaissance du processus de vieillissement est aussi le lot de l'ensemble de la société qui laisse peu de place à la personne âgée. La mise à la retraite, l'exclusion de la vie sociale et l'isolement des personnes âgées sont des comportements sociaux qui témoignent d'une mauvaise perception des personnes âgées.

La vulnérabilité de certains groupes

Les personnes âgées ne sont pas toutes semblables. A l'image de l'ensemble de la société, elles se divisent en groupes distincts dotés de caractéristiques propres.

Bon nombre de personnes âgées semblent bien traverser la période du vieillissement. Pour elles, les problèmes de santé liés à l'âge de même que les conditions de vie parfois mauvaises n'ont pas d'impact important. Ces personnes ont généralement connu une vie active et de bonnes conditions qui leur ont permis de bien se préparer à la vieillesse.

Pour d'autres le vieillissement signifie l'accentuation de mauvaises conditions physiques, sociales et économiques.

Pour d'autres personnes, enfin, l'entrée dans le troisième âge est lourd de conséquences sur tous les plans. C'est le cas, par exemple, des femmes âgées pauvres qui, à la suite d'un veuvage ou d'une séparation, se retrouvent démunies, isolées et dépendantes. Ce dernier groupe de personnes connaît bien souvent les effets conjugés de l'insuffisance de revenu, de mauvaises conditions de logement, de l'alimentation déficitaire, de l'isolement, de la vulnérabilité à la violence et de l'augmentation des incapacités physiques.

La dépendance des individus et des groupes face à l'État

Avant les années 60, les soins et les services donnés aux personnes âgées étaient en grande partie assumés par la famille, la communauté et les institutions religieuses et charitables. Avec l'implantation graduelle du système public de soins et de services, ces dernières se sont, à toutes fins pratiques, retirées alors que la famille et la communauté ont continué à assumer des rôles qui, la plupart du temps, sont restés méconnus.

Le retrait des institutions religieuses et charitables du système de soins et de services a contribué à donner l'impression que seul l'État pouvait répondre à tous les besoins des individus, des familles et des groupes. Il en est résulté un comportement de dépendance face à l'État qui a rendu difficile l'équilibre à maintenir entre les personnes, les ressources du milieu et celles de l'État.

La dépendance face à l'Etat s'est étendue à ses intervenants en plaçant les individus et les groupes dans la situation de recourir à des « experts » pour la solution de leurs problèmes. Ceci a eu pour conséquence une accentuation du caractère « pathologique » des conditions de vie des personnes âgées et s'est traduit par une forte utilisation des services de santé et des services sociaux et par une forte tendance à la médicalisation comme réponse à des besoins ou des problèmes d'origine psycho-sociale.

L'accroissement de besoins des personnes âgées

Les prochaines générations connaîtront l'existence d'un plus grand nombre de personnes âgées et, parmi elles, d'un nombre accru de personnes âgées de 75 ans et plus et de femmes âgées de 80 ans et plus. Cette situation entraînera des changements dans les besoins des personnes âgées, plus particulièrement, les groupes à risques. Même si des changements dans les conditions de vie des femmes et des réformes prévues au chapitre des régimes de pensions laissent supposer que leur situation s'améliorera à moyen terme, les femmes âgées exigeront certainement une attention particulière.

Les besoins les plus évidents des personnes âgées concernent les conditions de vie reliées au revenu, au logement, à l'environnement physique et social. La satisfaction de ces besoins nécessitera les interventions d'instances autres que le ministère des Affaires sociales puisqu'il est évident qu'une véritable amélioration de la situation des personnes âgées doit être globale.

D'autres besoins concernant davantage le secteur des Affaires sociales portent sur la protection sociale, la prévention, les services de santé, le support psycho-social, tant pour les personnes âgées que pour leur entourage, et l'hébergement.

DEUXIÈME PARTIE:
Les personnes âgées au Québec: leurs besoins, les ressources et leur problématique.

Depuis quelques années, les services aux personnes âgées se sont développés à un rythme impressionnant dans la société québécoise. Résultat du regroupement des personnes âgées elles-mêmes, de l'action des communautés où elles vivent, d'une prise de conscience collective de leur situation et d'initiatives étatiques, ce développement traduit jusqu'à un certain point les préoccupations de la société face aux besoins des personnes âgées.

La société dans laquelle elles évoluent a connu un développement rapide modifiant considérablement leur environnement physique, social et culturel. Dans cette perspective, une remise en question des différentes réponses aux besoins des personnes âgées s'impose de façon à adapter les services aux exigences d'un contexte changeant.

Le présent chapitre propose donc un tour d'horizon rapide des besoins des personnes âgées, puis un inventaire des services offerts pour enfin déboucher sur une problématique d'adéquation entre les besoins et les services.

Les besoins des personnes âgées

Les besoins des personnes âgées ont fait l'objet d'études par plusieurs chercheurs et groupes de travail. Leurs conclusions tracent des personnes âgées un portrait de gens autonomes dans une très forte proportion.

Le vieillissement implique de façon intrinsèque un recours plus fréquent et soutenu aux services socio-sanitaires. Il se caractérise par une dégradation progressive de l'état général de santé ce qui a comme conséquence une réduction graduelle de l'autonomie. Compte tenu des phénomènes physiologiques reliés au vieillissement et de l'impact des conditions psycho-sociales sur la santé des personnes âgées, face à la maladie la situation de la personne âgée se distingue de celle de l'adulte moyen par cinq éléments:

- une capacité de récupération plus lente;
- l'apparition de séquelles permanentes accentuant la perte d'autonomie, entraînant l'instabilité de l'état physique et mental ainsi qu'une exposition accrue à d'autres maladies;
- la coexistence de plusieurs états pathologiques;
- l'interaction des facteurs psychologiques, sociaux et physiologiques;
- la difficulté d'adaptation à certaines situations sociales (perte du conjoint, amis, travail).

Il s'agit là de conditions et de besoins spécifiques qui exigent des réponses adaptées. Le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées passe aussi par la satisfaction de besoins autres que ceux nécessitant des interventions socio-sanitaires (besoins de communiquer, d'être utile, d'être « reconnu », etc.).

En effet, des études[39] révèlent que 39% des personnes âgées, dont la majorité (80%) est constituée de personnes de moins de 75 ans, n'ont besoin d'aucun service de maintien de l'autonomie fonctionnelle. A ce nombre, s'ajoutent 30,% de personnes qui ne demandent que des services d'organisation matérielle. Il s'agit d'assistance pour les emplettes, la préparation des repas, l'entretien ménager, le lavage des planchers et le grand ménage. C'est donc dire que 70% de l'ensemble des personnes âgées sont relativement autonomes.

Si l'on considère, de façon plus globale, les besoins de services de maintien de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées, ceux-ci se traduisent en termes d'organisation matérielle (53%), de soins infirmiers (incluant l'hygiène personnelle) (20%), de services sociaux (13%), de physiothérapie (8%) et de surveillance (7%).

Finalement, peu de personnes âgées, dont la très forte majorité a 75 ans et plus, présentent une conjonction de besoins qui pourrait exiger un hébergement de type institutionnel: besoin de surveillance associé à un besoin d'organisation matérielle (100%), de soins infirmiers (94%), de physiothérapie et d'ergothérapie (37%) de même que de services sociaux (24%).

Une étude récente[40] fournit des pistes intéressantes pour l'orientation des services externes de satisfaction des besoins des personnes âgées qui vivent hors-institution. On décèle pour l'ensemble des citoyens âgés des besoins de soins médicaux réguliers.

Environ le tiers des personnes âgées ont besoin d'assistance pour les travaux lourds et les tâches légères comme le magasinage. De 10 à 15% de la population âgée du Québec requièrent des soins infirmiers et des services sociaux à long terme, de l'aide pour la préparation des repas, une amélioration de leur vie sociale et des transports. A tous ces types de services s'ajoutent, pour un faible pourcentage de la population âgée (5%) des soins infirmiers et des services sociaux à court terme, de la physiothérapie et de l'ergothérapie de même qu'un important besoin de surveillance.

En tenant compte de l'aide apportée par la famille, l'entourage ou la communauté, on en arrive à une expression des besoins des personnes âgées qui s'articulent autour de quatre (4) éléments principaux:

1. la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus du Québec est composée d'adultes fonctionnels et autonomes dont la condition ne requiert pas d'intervention spécifique par rapport à l'ensemble des citoyens, cependant c'est auprès d'eux que doit porter la majeure partie des actions de **prévention et de regroupement communautaire**;
2. une partie importante des personnes âgées en légère perte d'autonomie qui aurait besoin d'aide pour des tâches plutôt lourdes, requièrent l'organisation de **services communautaires de travaux lourds**, lesquels seraient d'ailleurs l'occasion de rencontres inter-générations, d'échanges et de communications mutuellement enrichissantes.
3. une faible proportion des personnes âgées dont les conditions de logement et les sources d'aide sont nettement déficientes alors que leurs capacités fonctionnelles sont réduites, pourraient bénéficier de **ressources résidentielles, avec certains types de services**.
4. les individus et les familles qui gardent des personnes âgées handicapées et peu autonomes nécessiteraient un support particulier pour leur permettre de continuer d'assumer ces responsabilités.

Les ressources

Les réponses aux besoins des personnes âgées proviennent de trois sources: de la personne âgée et son entourage immédiat, de la communauté et de l'État via principalement un réseau d'établissements dispensateurs de services. Chacun contribue à sa façon et avec ses moyens à faire en sorte que la situation des personnes âgées aille en s'améliorant dans la société québécoise. Il convient à ce stade-ci de tracer un portrait de l'ensemble des services aux personnes âgées en partant de l'environnement immédiat de celles-ci jusqu'aux services étatiques les plus lourds.

La personne âgée et son entourage

Le fait que 39% des personnes âgées n'ont aucun besoin de service pour maintenir leur autonomie de fonctionnement, signifie que ces gens s'organisent seuls. Dans le cas des personnes âgées qui ont des besoins de services pour maintenir leur autonomie fonctionnelle (61%), l'entourage immédiat (famille et amis) répond à 73% des besoins liés à l'organisation matérielle, 31% des besoins de surveillance et 19% de soins infirmiers.

On peut estimer que le retrait de l'aide de l'entourage immédiat aux personnes âgées ferait s'élever de 34% le besoin du nombre de places en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins de longue durée et de 116% celui des places en ressources plus légères.

Malgré ces précisions, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de mesurer l'ampleur du phénomène, de tenter de préciser les liens profonds qui unissent les personnes âgées et leur famille, leur entourage immédiat créant ainsi des réseaux naturels d'aide et de soutien. Néanmoins on peut y retrouver certains éléments constituant des pistes intéressantes en termes de prise de conscience à susciter et de support à des initiatives individuelles.

La communauté

Les ressources communautaires se situent à un palier entre la personne âgée, son entourage immédiat et l'État. Une grande partie de ces ressources ne reçoivent aucune aide financière publique. Ce sont tantôt des mouvements qui naissent pour combler un besoin spécifique du milieu, tantôt des mouvements qui ont plus le profil de clubs sociaux: Richelieu, Rotary, Élans, etc. Même s'il est difficile de mesurer l'apport exact de chacune de ces ressources, il n'en demeure pas moins que leur contribution doit être soulignée.

Il faut souligner également l'apport des organismes à l'intérieur desquels s'expriment des solidarités, où s'exercent des activités de promotion et dont l'action vient carrément briser l'isolement d'un bon nombre de personnes âgées. Parler de services communautaires aux personnes âgées, c'est aussi témoigner de l'existence d'une multitude d'initiatives méconnues où des citoyens, individuellement ou en groupe, s'impliquent dans diverses relations d'aide avec les personnes âgées de leur communauté.

Aux mouvements bénévoles et à toutes les initiatives communautaires s'ajoutent également la contribution fort importante d'organismes subventionnés par le ministère des Affaires sociales ou d'autres instances publiques. Accordée pour garantir la permanence et la continuité dans les services rendus, cette aide qui se chiffrait à 1,5 millions en 1979-1980 s'établit pour l'année 1984-1985 à 4,5 millions. Le nombre d'organismes subventionnés est ainsi passé de 200 à plus de 480 durant la même période et cette tendance devrait être maintenue au cours des prochaines années. Ceux-ci par des projets dynamiques, apportent souvent une réponse à des besoins que l'État ne peut satisfaire par son réseau actuel de services. Souvent en complémentarité avec les services étatiques, ils interviennent auprès de la personne âgée et de son entourage pour favoriser son maintien dans son milieu de vie naturel.

Malheureusement, les données actuellement disponibles concernant ces organismes ne permettent pas de connaître le nombre de bénévoles et le temps consacré par chacun aux services de maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel. Par la variété des services offerts, on constate l'ampleur des efforts fournis par ces organismes. Les services les plus répandus sont la distribution de repas à domicile (popotes roulantes), l'accompagnement, le transport, les visites amicales, les travaux ménagers et de peinture, le déblaiement de la neige, l'information, Tel-aide...

Au niveau de la communauté, s'ajoutent enfin des familles d'accueil qui, à 2685 personnes âgées, au 31 mars 1983, offraient un abri et assuraient la sécurité. Bien qu'associées à l'action gouvernementale, les familles d'accueil pour personnes âgées constituent des ressources d'hébergement et de protection sociale dont les frais de fonctionnement sont assumés par les personnes y séjournant. Par son réseau de centres de services sociaux, le ministère des Affaires sociales contribue au recrutement, à l'évaluation, à l'accréditation, à la formation et au suivi des familles d'accueil pour personnes âgées. Il accorde présentement 8,7$ millions à ce chapitre.

Les services publics

Dans le but de favoriser le mieux-être des personnes âgées, et, en continuité avec les contributions apportées à la satisfaction de leurs besoins par les personnes âgées elles-mêmes, leur entourage et la communauté, la ministère des Affaires sociales a développé une variété de services de santé, de services sociaux et de services communautaires qui viennent s'ajouter aux services pour l'ensemble de la population.

Traditionnellement identifiés à des interventions plus lourdes, les services offerts aux personnes âgées exigeant des efforts financiers considérables, sont graduellement passés d'une philosophie d'institutionnalisation à des interventions visant le maintien dans le milieu de vie naturel.

On peut ainsi estimer à près de 1 760 millions les sommes affectées aux personnes âgées en 1982-1983, c'est-à-dire 28,6% du budget total (6 712 237 000) des Affaires sociales. Ces sommes se répartissent en fonction de trois grandes catégories de services: les programmes de services accessibles à l'ensemble des citoyens québécois, les programmes spécifiques aux personnes âgées, les programmes offerts via le réseau d'établissement d'Affaires sociales.

Les programmes sociaux et de santé accessibles à l'ensemble des citoyens québécois

Comme tout autre citoyen du Québec, les personnes âgées bénéficient d'une gamme complète et continue de services de santé et de services sociaux tout en profitant d'un ensemble de services regroupés à l'intérieur d'un réseau complexe d'institutions.

Ainsi, par son régime d'assurance-maladie, l'État québécois assure la gratuité de la majorité des services médicaux et des services pharmaceutiques pour personnes âgées, de même qu'une large proportion des services optométriques, des prothèses et de certains services dentaires. Compte tenu de leur état de santé, les personnes âgées sont le groupe de population qui utilise le plus ces services si l'on tient compte de leur importance numérique par rapport à l'ensemble de la population.

Le coût des services offerts aux personnes âgées par les centres hospitaliers soit en clinique externe ou en interne, est estimé à 640,6$ millions pour 1982-1983. Cette somme comprend le financement des 5000 lits de soins de longue durée qui s'ajoutent aux 27 000 lits de soins de courte durée. De plus, dix cliniques externes de gériâtrie et trois unités gériatriques de courte durée sont opérées par certains centres hospitaliers.

Les programmes spécifiques aux personnes âgées.

Depuis quelques années, existe la gratuité des médicaments pour les personnes âgées grâce au programme de services pharmaceutiques de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec. De plus, le transport par ambulance vers les établissements du réseau des Affaires sociales est gratuit pour toute personne âgée de 65 ans et plus. Pour le seul transport vers les centres hospitaliers, 7,1$ millions ont été nécessaires en 1982-1983, ce qui s'est traduit par plus de 90 000 transports.

Les services institutionnels aux personnes âgées

Outre les services disponibles pour l'ensemble de la population à partir des établissements du réseau des Affaires sociales et les services que l'on désigne par le terme hébergement institutionnel, des programmes particuliers se sont développés au cours des dernières années au titre de ressources intermédiaires entre le milieu institutionnel et le milieu de vie naturel. C'est ainsi que les services à domicile, interventions permettant aux personnes âgées de recevoir chez elles une aide matérielle ou physique et des soins infirmiers, a nécessité des déboursés de l'ordre de 34$ millions en 1983-1984 rejoignant ainsi 10 000 personnes âgées. Grâce à cette aide et à ces soins, les personnes âgées peuvent continuer de vaquer aux activités de la vie quotidienne.

Parmi ces activités intermédiaires, il faut également considérer les programmes dispensés à partir des centres de jour où se pratiquent des interventions sociales, médicales et de réadaptation lorsque celles-ci s'avèrent nécessaires pour assurer le maintien ou le rétablissement de l'autonomie des personnes âgées. Actuellement, soixante-dix de ces centres sont rattachés à des centres d'accueil d'hébergement, six autres le sont à des centres hospitaliers de soins de longue durée et deux à des Centres locaux de services communautaires (CLSC).

Une perte importante de l'autonomie et l'absence d'une structure d'accueil de type familial ou autre dans leur milieu amènent souvent les personnes âgées à faire appel à de l'hébergement institutionnel. Trois catégories de ressources répondent à ce besoin: le pavillon, le centre d'accueil d'hébergement et le centre hospitalier de soins de longue durée. Au 31 mars 1983, on y retrouvait 41 180 personnes et le budget consacré à ces institutions s'est chiffré à 810$ millions en 1982-1983. Les services offerts dans ces centres touchent autant l'organisation matérielle, les soins infirmiers et médicaux, la réadaptation que la surveillance. L'intensité et la variété des interventions qui y sont faites dépendent des besoins des individus et aussi des ressources disponibles dans l'établissement.

L'hébergement institutionnel accapare à lui seul près de 50% du total des sommes consacrées pour les personnes âgées et ce pourcentage ne tient pas compte du coût des services médicaux dispensés en centre d'accueil d'hébergement ou en centre hospitalier de soins de longue durée. Une contribution financière est toutefois exigée de toute personne âgée bénéficiant d'une mesure d'hébergement. Cette contribution correspond au minimum des frais que la personne devrait assumer si elle résidait chez elle: logement, chauffage, électricité, nourriture... Reposant sur une notion d'équité à l'égard des personnes résidant à domicile, cette contribution ne concerne pas le coût des autres services (santé, services sociaux) qui eux demeurent gratuits.

La participation de l'État, beaucoup plus facile à quantifier et à évaluer semble considérable comparativement à l'apport de la personne âgée elle-même, de son entourage et de la communauté. Il faut rappeler que 40% des personnes âgées répondent seules à leurs besoins et que l'entourage satisfait une bonne partie des besoins de services de ces dernières. L'apport de la communauté, par des services se définissant souvent en complémentarité en en prolongement de l'action de l'Etat, permet à ce dernier une intervention qui tient compte des contributions de divers niveaux.

La problématique

Le protrait de la situation qui a été tracé depuis le début montre que les besoins des personnes âgées reçoivent des réponses de sources variées. Malgré cette apparente diversité, il serait présomptueux d'établir une adéquation entre les besoins et les ressources accordées. La pertinence de ce document s'établit justement en fonction d'un certain nombre de problèmes qu'il est possible d'identifier suite à une connaissance plus approfondie de la situation des personnes âgées, à des expériences d'intervention de plus en plus nombreuses et efficaces de même qu'à la nécessité d'adapter constamment les efforts à un contexte économique, social et culturel en évolution constante. A ce chapitre, les problèmes se situent autour de six éléments. Ceux-ci constituent en quelque sorte des pistes pour des orientations futures.

Ressources légères versus ressources lourdes

Pour satisfaire l'ensemble des besoins des personnes âgées, les efforts de l'Etat ont été plutôt orientés vers la mise en place des ressources d'hébergement institutionnel. Malgré le discours des dernières années et malgré surtout le fait qu'un grand nombre de personnes âgées n'ait pas nécessairement besoin de ce type de services et que les besoins majoritaires identifiés se situent plutôt au niveau de l'organisation matérielle, l'effort étatique autant en termes financiers qu'au niveau des préoccupations a été presqu'entièrement accaparé par ce qui constituent les ressources lourdes répondant aux besoins d'une petite partie de la population et qui ne sont pas nécessairement orientés en fonction d'un retour à domicile des personnes âgées.

Une telle constatation amène à conclure à l'insuffisance de programmes et de ressources orientées vers le maintien de la personne âgée dans son milieu. Citons quelques exemples:

- une aide insuffisante aux organismes bénévoles et communautaires mettant en péril la continuité des services;
- des services à domicile en variété et en nombre insuffisants ne pouvant par le fait même supporter l'entourage et les familles d'accueil;
- une quantité insuffisante de centres de jour ou de ressources externes;

- une absence de ressources d'accompagnement dans le milieu et aussi d'hébergement temporaire permettant un retour rapide dans le milieu ou un répit aux familles qui hébergent des personnes âgées.

Les ressources d'hébergement institutionnel ont ainsi répondu à des besoins qui auraient pu être satisfaits par des ressources plus légères. Se pose la nécessité de recherche d'un équilibre entre l'institution et le milieu de vie naturel.

L'accessibilité aux ressources

L'accès aux services est souvent limité par différentes contraintes: l'absence de ressources dans certaines régions, une population de personnes âgées inégalement distribuée sur le territoire rendant ainsi difficile la localisation appropriée des ressources, des horaires de fonctionnement qui ne tiennent pas suffisamment compte des besoins des personnes et des familles. De plus, le manque d'information sur les ressources et les services dû, d'une part à l'isolement et, d'autre part, à la complexité du système de dispensation des services, fait que les services, même s'ils sont présents, sont souvent méconnus et peu utilisés.

Le développement incomplet d'un réseau de centres locaux de services communautaires, des écarts dans la distribution des services (lieu) et leur disponibilité au moment du besoin (horaire) ajoutés à l'attitude des intervenants insuffisamment préparés à l'action auprès des personnes âgées, tous ces points illustrent bien la difficulté d'accès.

Complémentarité, continuité et coordination

Pour répondre efficacement aux besoins des personnes âgées, les services doivent se présenter sous une gamme diversifiée, complète, graduée et coordonnée. L'insuffisance de ressources résidentielles autres que le milieu institutionnel, le manque de services de physiothérapie, d'ergothérapie et de podiatrie, l'absence de services d'urgence sociale et de consultation psycho-sociale mettent en péril la continuité et la complémentarité des interventions. De plus, l'absence d'un plan de services fait pour la personnes âgée rend difficile la coordination des efforts. On peut à ce chapitre parler également de l'absence de révisions périodique des placements.

Mais il y a plus. Les ressources sociales et de santé, autant les intervenants que les établissements publics ou privés agissent souvent de façon tout à fait isolée et ce malgré les dispositions d'une Loi sur les services de santé et les services sociaux qui encouragent justement la concertation des intervenants.

L'État et la communauté

L'implication marquée de l'État, des moyens qu'il a privilégiés (hébergement institutionnel...), comporte la possibilité de créer une dépendance des individus et des groupes envers les services étatiques. La démobilisation qui s'ensuit ne permet pas une juste utilisation de potentiel des énergies des individus, de l'entourage et de la communauté. Les conséquences en sont des coûts économiques et sociaux difficiles à assumer pour l'ensemble de la société.

On attend encore beaucoup de l'État, mais les efforts consacrés, si importants soient-ils ne pourront jamais être substitués à l'implication concrète des milieux concernés. Il existe là aussi la nécessité d'une recherche d'équilibre entre l'intervention étatique et les énergies que toutes les communautés sont disposées à consacrer à la satisfaction des besoins des personnes âgées. Il faut donc trouver les moyens de réunir l'ensemble des intervenants, qu'il s'agisse de bénévoles ou de salariés du secteur public, pour entreprendre des actions concrètes dans chaque communauté où se retrouvent des personnes âgées et sur une base la plus égalitaire possible.

Une préoccupation pour les personnes âgées là où elles se trouvent

Chaque établissement, chaque lieu de distribution de services, privé ou public, sera vraisemblablement confronté à une augmentation importante du nombre de personnes âgées pour les prochaines années.

Outre la nécessaire coordination de services que ce phénomène implique, l'ensemble des intervenants est appelé à faire preuve d'une réceptivité de plus en plus grande à l'égard des besoins réels des personnes âgées. Si cela implique la spécialisation de certaines activités et des approches multidisciplinaires rigoureuses, c'est dans tous les lieux de services et tous les types de pratiques qu'une préoccupation spécifique à l'égard des personnes âgées doit être concrétisée.

Selon toute vraisemblance, leur fréquentation des services externes des centres hospitaliers de courte durée et leur consommation de services médicaux connaîtra un accroissement nettement supérieur à leur importance proportionnelle dans l'ensemble de la population. Sauf des initiatives encore très peu nombreuses, on ne peut déceler, pour l'instant du moins, une préoccupation généralisée pour le traitement des personnes âgées qui tienne compte à la fois du caractère spécifique des maladies physiques et mentales qui caractérisent le vieillissement et à la fois d'une variété d'intervenants susceptibles d'assurer le lien avec l'environnement physique et social des personnes âgées.

La qualité de la vie

Bien que sous-jacent aux autres problèmes soulevés, le souci de la qualité de la vie des personnes âgées se doit d'être souligné de façon explicite. La méconnaissance du processus du vieillissement par les personnes âgées actuelles ou futures et par les intervenants est un obstacle important à une qualité de vie accrue. Le fait que la personne âgée est perçue selon le type de service à lui rendre, aboutit à une certaine déshumanisation. La « déformation professionnelle » dommageable a technocratisée l'approche de la personne. La difficulté des ressources de faire le lien entre le problème sur lequel elles interviennent, les conditions de vie et l'environnement des personnes âgées, met en relief l'absence d'une approche multidisciplinaire.

Mais il faut aussi parler de la qualité de la vie des personnes ou familles qui gardent des personnes âgées à leur domicile. Rouage absolument essentiel à

encourager, c'est du côté du support et de la possibilité d'offrir des moments de répit qu'il faut dorénavant faire porter une partie des efforts à consacrer aux personnes âgées.

En conclusion à ce chapitre, on ne peut qu'insister sur la nécessité d'un virage important à effectuer du côté des réponses à apporter aux besoins des personnes âgées. Ou bien, les interventions futures seront résolument orientées vers le maintien dans son milieu de vie naturel des personnes âgées ou bien il faudra investir dans des solutions coûteuses et souvent expéditives qui ne pourront être des réponses adaptées aux besoins de la très grande majorité des personnes âgées. C'est l'essentiel du défi dont les coordonnées apparaissent suffisamment connues et l'ampleur nettement mesurable pour justifier des actions immédiates et articulées.

TROISIÈME PARTIE:
Les orientations et les objectifs

La considération de certaines des caractéristiques et des conditions de vie des personnes âgées et des services qui leur sont actuellement dispensés, a permis de mettre en évidence un bon nombre d'éléments de problématique. Avant même de fixer les grandes orientations que le ministère des Affaires sociales entend privilégier à l'égard des personnes âgées, il convient de situer le rôle de l'État de façon à contexter le plus possible autant les objectifs visés que les moyens à mettre en oeuvre.

C'est ainsi que l'État tout en assumant lui-même des responsabilités majeures en termes de distribution de services via un réseau d'établissements et un ensemble de programmes, doit voir à assurer la cohérence de toutes les actions à l'égard des personnes âgées. Les services publics représentent une contribution qui s'ajoute à celle des autres groupes y compris les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles et diverses organisations communautaires. L'État n'est donc pas l'intervenant unique et il a à partager avec l'ensemble de la société un objectif central: le respect de la population âgée dans ses valeurs, ses spécificités, ses capacités, ses modes de vie.

C'est donc l'ensemble de la société québécoise qui est invité à souscrire aux objectifs et orientations énoncés. Par ses programmes et services, le ministère des Affaires sociales, quant à lui, visera:

au niveau de la personne et de la communauté:

- le développement ou la restauration de l'autonomie de la personne âgée par la mise en valeur de ses capacités et de ses acquis;
- le maintien ou le retour de la personne dans son milieu de vie naturel;
- la participation des personnes âgées à la vie de la communauté non à titre de dépendant mais à titre de citoyen à part entière et l'établissement de conditions qui permettront la participation des âgés(es) comme personnes intervenantes et non seulement comme des « bénéficiaires » de services;
- l'établissement de conditions qui permettent une véritable qualité de vie;
- un changement au niveau des mentalités, des attitudes et des comportements à l'égard des personnes âgées.

au niveau des services:

- l'amélioration de la qualité, de la quantité et de la variété des programmes et services;
- l'amélioration de la coordination et de la continuité des services tant entre les établissements qu'entre ceux-ci et le milieu où ils oeuvrent;
- l'accessibilité et l'équité dans la distribution des ressources et services;
- l'adaptation des ressources aux besoins réels des personnes âgées.

Ce sont les objectifs qui constituent l'essentiel des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées. Dans la mesure où pourra s'établir autour de celles-ci le plus large consensus possible, les moyens à mettre en oeuvre pour l'action future impliquent nécessairement la contribution de l'Etat et de son réseau de services, les organismes communautaires, et surtout les personnes âgées elles-mêmes et de leur entourage.

QUATRIÈME PARTIE:
Plan d'action du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées

Le ministère des Affaires sociales tient tout d'abord à affirmer qu'il considère la présente politique et le cheminement qu'implique sa réalisation comme une de ses toutes premières priorités. La situation des personnes âgées dans la société québécoise, leur importance croissante en terme de nombre et surtout la reconnaissance implicite de leur contribution au façonnement des différentes collectivités justifient amplement cette prise de position.

En outre, de toute évidence et compte tenu de l'ampleur et de la nature même du sujet, l'amélioration des conditions des personnes âgées ne peut adéquatement se réaliser par la seule expression de la volonté du ministère des Affaires sociales.

Au sein même de l'État québécois, la mission du MAS concerne spécifiquement la santé et la protection sociale des individus et des communautés. À ce titre, le MAS doit assumer les responsabilités qui lui sont confiées et se doit aussi d'être préoccupé par les conditions de vie des personnes âgées permettant ainsi d'entrevoir des perspectives de collaboration dans des domaines aussi variés que l'éducation, le travail, le revenu, le logement, le transport, les loisirs, la vie sociale et culturelle...

Pour atteindre ses objectifs, le MAS mise fortement sur l'action des différentes communautés locales, sur la confiance à manifester et le support à accorder aux multiples groupes de citoyens qui, un peu partout et souvent spontanément, en viennent à développer des services simples et essentiels pour les personnes âgées, à donner un sens concret à la notion d'entraide, témoignant ainsi du dynamisme et de l'engagement de leur milieu en faveur des personnes âgées.

Enfin, quelle que soit l'intervention du MAS, du réseau de services de santé et de services sociaux, de la place qu'occuperont les initiatives communautaires, des changements véritablement significatifs dans la situation des personnes âgées reposant sur un profond respect de leur vécu spécifique, ne pourront totalement se réaliser sans une prise de conscience à tous les niveaux de la collectivité québécoise, par toutes ses composantes, de l'importance et de la signification profonde du vieillissement.

Manifestement, les intervenants sont multiples et, dès lors, il devient important de réfléchir sur les liens qui doivent être développés entre les différents partenaires. C'est dans chaque milieu, dans des rapports les plus égalitaires possibles à établir entre ressources publiques et citoyens impliqués dans le devenir de leur milieu ou préoccupés par la situation des personnes âgées, que doivent prendre racine les orientations de cette politique.

Si le ministère des Affaires sociales a la responsabilité de définir des orientations, de développer et d'articuler différentes mesures et programmes, de faciliter et de supporter le développement d'initiatives communautaires, il ne peut se substituer aux différents milieux pour qu'ils créent chez eux la dynamique nécessaire à assurer aux personnes âgées de leur territoire les meilleures conditions de vie possible.

Les mesures, services et programmes à maintenir ou à développer doivent donc être fondés sur la concertation entre intervenants du réseau des Affaires sociales et entre ces derniers et les ressources du milieu. Le mot n'est pas nouveau, mais suppose plus que jamais l'implication de nouveaux partenaires. Il importe d'engager dans tout le processus la participation des principales ressources socio-sanitaires tout aussi bien que celles des personnes âgées elles-mêmes, de leur famille et des organismes communautaires. La coopération entre les différentes ressources implique une coordination rendant possible la dispensation des services jugés nécessaires dans le respect des rôles et contributions spécifiques de chacun des partenaires. Il devient ainsi possible de tenir compte des particularités locales et régionales dans l'adaptation de ces différentes mesures.

Ces dernières ne doivent pas être considérées uniquement comme une énumération d'intentions ou de souhaits du ministère des Affaires sociales. Ce plan d'action n'est pas non plus l'élaboration d'un modèle unique à caractère rigide. La situation des personnes âgées, l'état actuel de développement des ressources socio-sanitaires de même que la reconnaissance de la contribution des différents milieux exigent beaucoup de souplesse dans la recherche de réponses aux besoins des personnes âgées.

Pour donner à chacune des mesures incluses au plan d'action sa dimension véritable, il apparaissait important, en tout premier lieu, de définir la perspective dans laquelle elles s'inscrivent. Cet effort de positionnement ministériel a permis d'établir les différents niveaux d'une responsabilité sociale que le ministère des Affaires sociales a à partager avec différents partenaires.

C'est ainsi que le présent plan d'action à l'égard des personnes âgées et le processus qui a servi à son élaboration reposent sur l'équilibre à développer entre quatre éléments principaux:

1. l'implication de la personne âgée elle-même, de sa famille, de son entourage immédiat et de l'ensemble des composantes de la société dans un processus de sensibilisation et une prise de conscience des problèmes reliés au vieillissement;
2. la pleine reconnaissance de la contribution des différentes organisations communautaires et des multiples réseaux d'entraide ainsi que du support qu'il faut leur apporter;
3. le développement et la diversification d'alternatives de plus en plus nombreuses aux services institutionnels où doivent se cotoyer intervenants du réseau des Affaires sociales et partenaires du milieu;
4. l'adaptation de l'ensemble des ressources institutionnelles aux besoins spécifiques des personnes âgées et leur ouverture de plus en plus concrète sur leur propre milieu et ses besoins.

Les mesures qui suivent s'inscrivent donc à l'intérieur de ces quatre volets qui deviennent les axes principaux du plan d'action. Il est constitué d'un ensemble de mesures visant à favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et les différentes ressources nécessaires pour satisfaire ces besoins.

Ces mesures s'inscrivent dans la problématique d'ensemble et découlent des orientations et objectifs que s'est fixés le ministère des Affaires sociales pour favoriser le mieux-être des personnes âgées.

Par conséquent, le Ministère propose divers moyens touchant plus particulièrement:

- l'autonomie de la personne;
- le réseau naturel d'aide;
- les services externes;
- les ressources résidentielles intermédiaires;
- les ressources institutionnelles;
- la structure de services et les modalités fonctionnelles.

L'autonomie de la personne

L'information et la formation

La personne âgée conserve globalement jusqu'à la fin de sa vie diverses capacités de fonctionnement et de prise en charge. Elle est capable de définir elle-même ses besoins et les solutions à apporter aux difficultés qu'elle vit. À titre de citoyens et de citoyennes à part entière, les personnes âgées ont les mêmes droits et les mêmes responsabilités que les autres membres de la société en ce qui concerne leur santé et leur mieux-être.

Toutefois, le vieillissement est un processus normal dont les effets sont souvent méconnus par la personne âgée elle-même, son réseau naturel d'aide, des intervenants de la santé, des services sociaux et communautaires, des organismes et des établissements dispensateurs de services.

Trop peu souvent considérés comme les résultats d'un phénomène normal, les effets du vieillissement engendrent parfois, chez les personnes, des sentiments d'insécurité physique, psychologique et sociale. Cette situation fait augmenter les risques de voir s'accentuer les effets négatifs associés au vieillissement et la dépendance des personnes âgées face à l'État, aux intervenants ainsi qu'aux services de santé et aux services sociaux.

Ainsi l'information de la population dans son ensemble et des personnes âgées en particulier, plus spécifiquement sur le processus même du vieillissement, sur les droits et les responsabilités de celles-ci et de la communauté à leur égard, ainsi que l'information sur les services offerts s'avère primordiale.

Pour modifier les perceptions et les attitudes à l'égard des personnes âgées, les façons d'intervenir auprès d'elles, les appréhensions vécues par certaines, le Ministère verra à ce qu'une **information** adéquate soit donnée, tant sur les effets physiques, psychologiques et sociaux du vieillissement, que sur les causes et l'impact de l'isolement, que sur les capacités des personnes vieillisante de maintenir, de développer ou de recouvrer leur autonomie et de poursuivre une vie active et valorisante. Une telle information se doit aussi d'être spécifique et, par exemple, mettre l'accent sur les problèmes d'ostéoporose chez les femmes ou de malnutrition chez les hommes seuls. À cette information de base s'ajoutera celle sur les programmes et les ressources disponibles pour les personnes âgées et leur réseau naturel d'aide.

La **diffusion** de cette information, localement, est de la responsabilité des CLSC qui doivent ainsi rejoindre les personnes âgées elles-mêmes, leur entourage (famille, parenté, voisinage), les groupes d'entraide et les organismes bénévoles de leur territoire.

Dans le but d'éviter la duplication, de coordonner les efforts et pour trouver les meilleurs moyens d'articuler les interventions aux niveaux de l'information et de la formation, les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont à définir les **stratégies** nécessaires pour atteindre les meilleurs résultats possibles.

De son côté, le ministère des Affaires sociales accordera sa collaboration pour supporter les différentes initiatives en ce sens.

La prévention

Les maladies que connaissent les personnes âgées et les incapacités qu'elles présentent sont bien souvent le résultat de conditions qu'elles ont vécues ou d'habitudes qu'elles ont prises ou qui leurs ont été imposées éléments qui viennent accélérer ou compliquer le processus normal du vieillissement. Dans cette perspective et dans la mesure où la santé des personnes âgées comporte une dimension spécifique véritable, il devient important de bien situer la notion de prévention à l'intérieur de l'ensemble des actions à effectuer auprès des personnes âgées et en fonction de leurs besoins propres.

La limitation de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool, la promotion d'une saine alimentation et d'une activité physique régulière de même qu'une action particulièrement soutenue à l'égard de la consommation de médicaments sont des interventions de nature préventive qui demeurent toujours pertinentes pour les personnes âgées et exigent une adaptation à leur réalité. Mais pour celles-ci, l'essentiel des efforts à ce niveau doit porter davantage sur la **prévention des pertes d'autonomie et/ou leur aggravation** que sur l'élimination des causes entraînant l'apparition de la maladie.

Comme il est, à toutes fins pratiques, impossible d'agir sur l'environnement et les habitudes de vie antérieurs et que l'état actuel des connaissances ne permet pas d'infléchir le processus même du vieillissement, les actions de prévention à l'égard des personnes âgées doivent principalement être centrées sur l'élimination ou l'atténuation des risques les plus susceptibles d'entraîner des pertes d'autonomie temporaires ou permanentes et sur la restauration partielle ou complète des fonctionnalités perdues.

On peut ainsi parler d'interventions préventives primaires lorsqu'il s'agit d'actions sur les causes de ces phénomènes et pour lesquelles existent des moyens souvent très simples d'intervenir efficacement. Les causes sont autant de nature économique (pauvreté, logement, alimentation...) que sociale (marginalisation, désoeuvrement, isolement...) que purement physiologique (diminution des capacités sensorielles et de motricité). Ainsi les problèmes auxquels il faut accorder une attention toute particulière en termes de prévention primaire sont les chutes accidentelles, la malnutrition, la dépression et l'intoxication médicamenteuse.

Par ailleurs, des interventions préventives de type secondaire peuvent être envisagées lorsqu'apparaissent certaines affections chroniques. Visant cette fois-ci à diminuer ou empêcher l'aggravation de la perte d'autonomie, c'est du côté, entre autres, de la promotion d'activités physiques, sociales et culturelles adaptées que doivent porter la majeure partie des efforts.

Le Centre local de services communautaires est l'un des principaux établissements responsables de l'amélioration de l'état de santé et des conditions sociales des individus et des groupes qui habitent son territoire. Il doit amener la population à définir elle- même ses besoins et se prendre en charge dans la recherche de

solutions appropriées aux problèmes qu'elle vit. Cette responsabilité et cette fonction du CLSC en font l'établissement tout désigné pour articuler les principales interventions de prévention à l'égard des personnes âgées. De son côté, le Département de santé communautaire a un rôle important à remplir dans l'identification des problèmes prioritaires du milieu et la désignation des principaux groupes-cibles.

Mais la philosophie de maintien dans le milieu de vie naturel dans sa dimension préventive de même que la nécessité d'actions visant à la restauration de l'autonomie ne sont pas que de la seule responsabilité des CLSC ou des DSC. Elles impliquent une prise de conscience et une sensibilité face à la situation spécifique des personnes âgées de tous les intervenants du réseau des Affaires sociales en centre d'accueil d'hébergement, centre hospitalier de courte ou longue durée, en pavillon, dans des activités de jour, dans les cabinets de professionnels de la santé et des services sociaux... Elles signifient enfin une action soutenue d'éducation auprès de l'ensemble de la population face aux problèmes de perte d'autonomie chez les personnes âgées et aux moyens de les atténuer.

Formation et recherche

En étroite collaboration avec les CRSSS, le ministère des Affaires sociales accentuera les efforts de formation des différents intervenants du réseau des Affaires sociales qui oeuvrent auprès des personnes âgées qu'il s'agisse du personnel clinique, non clinique, administratif ou des bénévoles oeuvrant en ce domaine. À ce niveau, l'emphase sera mise sur le respect de la personne âgée, la qualité de vie et sur la nécessité de son implication comme personne « agissante » dans les interventions faites auprès d'elle.

La formation doit particulièrement toucher tous les domaines où se pratiquent des interventions cliniques auprès des personnes âgées et non seulement s'adresser aux différents professionnels déjà actifs auprès des personnes âgées, mais également à ceux en formation au C.E.G.E.P. et à l'Université et qui seront appelés à intervenir de même qu'aux intervenants bénévoles et aux familles elles-mêmes. Dans ce sens, le ministère des Affaires sociales verra, entre autres, à sensibiliser les milieux universitaires pour qu'ils étudient les moyens d'assurer aux futurs professionnels une formation qui tienne compte de la réalité des personnes âgées autant comme groupe de population de plus en plus important qu'en ce qui concerne les caractéristiques associées au vieillissement.

Enfin, pour approfondir et faire avancer les connaissances sur le processus même du vieillissement, sur les différents modes d'intervention et sur l'efficacité des services, le ministère des Affaires sociales fera des personnes âgées un thème prioritaire pour des projets de recherches qu'il subventionnera.

Le réseau naturel d'aide

Le rôle que joue le **réseau naturel d'aide** (famille, parents, amis, voisins, groupes d'entraide), dans le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel est d'une importance capitale. En plus des services concrets qu'il est en mesure d'offrir, il favorise, chez la personne âgée, le vécu des sentiments de sécurité et d'appartenance en brisant l'isolement dans lequel elle se trouve.

Dans le but d'aider les individus et les groupes à assumer leurs responsabilités, le Ministère, dans la perspective d'une approche communautaire, favorisera les interventions qui aident la personne âgée à trouver dans son réseau naturel les soins et l'aide dont elle a besoin, qui suscitent, développent ou maintiennent les rapports d'échanges réciproques de services entre la personne âgée et son réseau naturel d'aide. Loin de se substituer à ces formules d'entraide, les services publics leur seront complémentaires et verront à les appuyer.

Cette approche repose sur le postulat que les personnes ont davantage de potentiel, d'habiletés et d'intérêt qu'on le présuppose généralement pour s'aider et se supporter mutuellement.

Cette démarche implique, avant tout, l'actualisation des efforts à un niveau local où l'action du CLSC prend une importance primordiale. Elle s'appuie sur des interventions qui doivent viser avant tout à équiper et à supporter les réseaux d'entraide ou encore à les développer s'ils sont faibles ou inexistants.

Une des toutes premières responsabilités du CLSC consiste justement à motiver et à amener les individus à se prendre en charge, à stimuler l'entraide, à soutenir les groupes et les communautés locales de façon à ce qu'elles jouent leur rôle dans le système et le processus d'aide.

Le ministère, pour sa part, en soutenant financièrement les **organismes bénévoles communautaires et de maintien à domicile** reconnaît leur légitimité et veut favoriser les initiatives novatrices tout en désirant préserver l'autonomie de ces organismes. Le MAS entend poursuivre ces efforts dans ce sens tout en accordant une attention particulière aux régions du Québec les plus démunies en ressources communautaires.

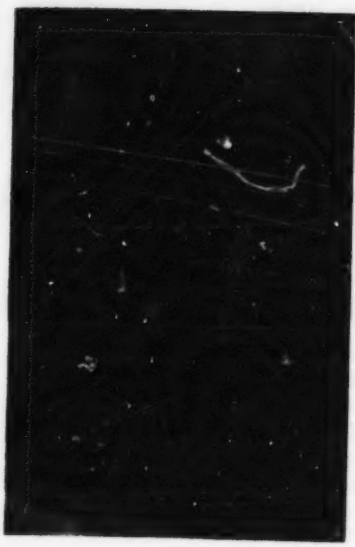
Toutefois, malgré l'encouragement concret dont les organismes bénévoles ont été l'objet au cours des dernières années, ces derniers ne peuvent combler tous les besoins non satisfaits par les établissements publics. Dans un souci de diversification des action, un programme de travaux communautaires qui constitue une modalité nouvelle et complémentaire de dispensation de services, a été mis sur pied.

Le MAS entend soutenir et participer au développement de ce type de programme qui favorise, par des actions concrètes, le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel et permet aux jeunes, entre autres, et à la communauté de mieux assumer leurs responsabilités dans la prise en charge de leurs aînés tout en facilitant l'intégration sociale de ces derniers.

Enfin, le CLSC, en raison de sa mission propre, doit susciter, voire à multiplier les différentes activités d'entraide issues d'initiatives de la communauté et qui mériteraient d'être connues. Ces dernières existent en grand nombre dans toutes les régions du Québec et contribuent dans une très large part au maintien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel.

D'ailleurs, le Ministère, en collaboration avec les Conseils régionaux, vient d'inventorier un certain nombre de programmes, services ou formules d'habitation destinés aux personnes âgées qui sont essentiellement novateurs. Dès que toutes les données recueillies auront été compilées et analysées, le MAS compte suggérer et même promouvoir, par l'intermédiaire des CRSSS puis publiciser par la suite, un certain nombre de moyens réalisables **dans** et **par** la communauté pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées à domicile.

Les services externes



Les services à domicile

A) L'aide et les soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile cherchent à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées qui ne peuvent se déplacer pour recevoir des soins infirmiers incluant l'hygiène corporelle, des services de physiothérapie, d'ergothérapie ou de l'aide psychosociale, etc... Ces services peuvent être dispensés au domicile même de la personne âgée ou dans un autre type d'habitation (HLM, coopérative ...) ou encore en famille d'accueil. Déjà, environ 10 000 personnes bénéficient de ces services et le MAS entend faire en sorte que les CLSC puissent rejoindre un plus grand nombre de personnes ayant ce type de besoins au cours des prochaines années.

Par ailleurs, le CLSC, en collaboration avec les organismes bénévoles existants sur son territoire, verra à coordonner la demande de service **d'organisation matérielle** de la personne âgée. Ces services peuvent comprendre notamment le déneigement, la distribution ou la préparation de repas à domicile, le lavage et les grands ménages, de même que les déménagements et autres travaux lourds. A cet égard, les possibilités offertes par le programme de travaux communautaires seront utilisées contribuant ainsi à élargir la gamme des interventions visant le maintien à domicile des personnes âgées.

Pour sa part, le MAS procède actuellement à la révision de toute sa politique de services à domicile pour tenir compte de ces nouvelles modalités de dispensation de services et de l'évolution des besoins, dans une démarche qui repose de plus en plus sur la participation des communautés locales.

B) Les soins spécialisés à domicile

Les soins spécialisés à domicile sont des interventions qui nécessitent le recours à des technologies particulières et à du personnel spécialement formé. Qu'il s'agisse d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, d'oxygénothérapie ou encore d'alimentation parentérale et entérale, le développement technologique actuel permet d'envisager de nouvelles étapes vers le maintien à domicile des personnes âgées.

Conscient à la fois de la nécessité de tirer le maximum d'avantages de ces nouveaux types d'interventions, de leur potentiel d'utilisation et des efforts à consacrer pour l'organisation de ce type de services, le ministère des Affaires sociales a confié à un groupe de travail (MAS, CRSSS et experts du réseau) le mandat d'inventorier les technologies disponibles, d'en étudier l'efficacité et d'établir les différents critères d'implantation pour l'ensemble du territoire québécois.

Les programmes et activités de jour

Plusieurs établissements ont mis sur pied des programmes et activités de jour destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les activités de ces différentes ressources varient selon l'établissement auquel elles sont rattachées et en fonction des besoins des personnes âgées elles-mêmes. Elles constituent également pour ces dernières un lieu de rencontre où elles peuvent en même temps recevoir une gamme diversifiée de services leur permettant de maintenir ou de récupérer suffisamment d'autonomie pour qu'elles puissent fonctionner adéquatement à domicile. Les programmes et les services généralement offerts par ces ressources sont les suivants:

- soins de santé et d'assistance;
- réadaptation fonctionnelle;
- encadrement médical et pharmaceutique;
- interventions psycho-sociales;
- référence;
- permanence téléphonique;
- transport/repas;
- etc.

Les personnes âgées qui fréquentent le **centre de jour** administré par un centre d'accueil d'hébergement (ou parfois un CLSC ou un CA/CH) sont des personnes qui, en raison de problèmes physiques, psychologiques et sociaux, voient leur maintien à domicile compromis par une perte de capacités fonctionnelles. Certains groupes peuvent être l'objet d'une attention particulière, notamment, les personnes âgées de plus de 75 ans, les personnes en attente d'admission, les personnes confuses et celles dont le principal dispensateur de services est la famille immédiate.

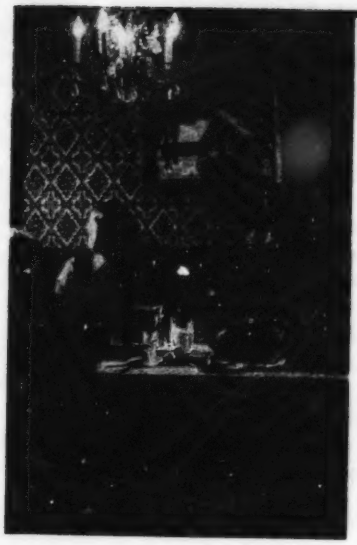
Pour sa part, **l'hôpital de jour** offre des services en externes à des personnes qui requièrent des traitements médicaux, infirmiers ou de réadaptation. Cette ressource s'adresse spécifiquement à des personnes âgées qui présentent des multidisfonctionnalités physiques associées à des troubles psycho-sociaux. D'une durée limitée, la fréquentation de l'hôpital de jour vise à retarder le placement en institution et même, pour certaines personnes âgées déjà en institution, à permettre un retour à domicile soutenu par une continuité au niveau des soins et services et de l'entraide de quartier.

Compte tenu de l'importance de ces programmes et activités pour le maintien à domicile des personnes âgées, le ministère des Affaires sociales favorise leur développement et compte demander aux CRSSS d'en établir les priorités d'implantation dans leur région, l'objectif étant de doter chaque territoire de CLSC d'au moins un centre de jour et un hôpital de jour par territoire de DSC.

Les urgences sociales

Un certain nombre de personnes âgées vivent des crises personnelles ou familiales qui, si elles ne sont pas dénouées à temps, risquent d'aboutir à une détérioration plus grande de leur situation ou à une perte d'autonomie irréversible. C'est notamment le cas des personnes âgées présentant des troubles de comportement, qui sont confuses, qui sont victimes d'abus de toutes sortes, qui subissent des mauvais traitements ou qui sont tout simplement abandonnées par leur famille. Afin d'assurer aux personnes âgées la protection sociale dont elles peuvent avoir besoin particulièrement en soirée et fin de semaine, les CRSSS, en collaboration avec les établissements concernés, devront élaborer une politique régionale d'urgence sociale qui permettra de mobiliser, le cas échéant, les ressources disponibles (CLSC - CSS - FA - CHCD - CAH - CHSLD) et assurer la coordination de l'ensemble des établissements devant être mis à contribution.

Les CRSSS seront responsables de planifier le développement de ces services selon les besoins de chaque milieu, de constituer une banque de ressources à cette fin et de fournir l'encadrement nécessaire à leur implantation.



Les ressources résidentielles intermédiaires

Depuis quelques années, se sont développées diverses formules résidentielles qui se situent entre le milieu d'origine de la personne âgée et l'institution et qui tendent à favoriser, à des degrés divers, le maintien des personnes dans un milieu le plus intégré possible à la communauté.

L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire vise à offrir une ressource résidentielle, dans certaines circonstances, aux personnes et familles qui prennent en charge leurs personnes âgées. Cette formule a pour objectif d'assurer la continuité de cette prise en charge et d'accorder un moment de répit à la famille et l'entourage de ces personnes.

À cette fin, 400 places seront prévues pour recevoir des persones âgées, sur une base temporaire, et leur accorder les soins et services nécessaires à leur condition. Ces places peuvent se retrouver dans des familles d'accueil, des pavillons, des centres d'accueil d'hébergement ou dans des centres hospitaliers de soins de longue durée.

Le CRSSS aura la responsabilité d'identifier les ressources nécessaires sur une base sous-régionale. De leur côté, les CLSC recevront les demandes d'hébergement temporaire et verront à les acheminer vers le système régional d'admission.

La famille d'accueil

La famille d'accueil constitue, pour certaines personnes âgées, une ressource qui doit leur permettre de vivre dans un milieu le plus près possible du milieu de vie naturel, de recevoir des services adéquats tout en étant complémentaires aux services offerts par le réseau des Affaires sociales et de prévenir ou de retarder le placement en institution ou même de favoriser un possible retour à domicile.

Les Centres de services sociaux verront à améliorer le recrutement, la formation, le suivi des familles d'accueil et faire en sorte qu'un plan d'intervention soit établi pour chaque personne qui y séjourne, conformément à la réglementation en vigueur.

Les conditions de vie des personnes reçues en famille d'accueil devraient s'apparenter davantage à la vie familiale et s'éloigner d'un style de vie réglementé qui marginalise les personnes âgées. Les services communautaires, les programmes et les ressources de maintien à domicile (services à domicile, programmes et activités de jour...) devront être accessibles aux personnes âgées reçues en famille d'accueil. De plus, les familles d'accueil pourront bénéficier des services de support à l'entourage et d'hébergement temporaire au même titre que toute autre famille qui prend charge d'une personne âgée.

Enfin, le ministère des Affaires sociales verra à ce que les Centres de services sociaux prévoient, conformément à la nouvelle réglementation, un certain nombre de places en famille d'accueil spéciale pour des personnes âgées en attente d'hébergement et dont la complexité et la sévérité des problèmes exigent un autre milieu que la famille d'accueil régulière.

Le pavillon

Le pavillon est une ressource résidentielle intermédiaire qui reçoit des personnes âgées en légère perte d'autonomie. Cette ressource est rattachée, en vertu d'un contrat de biens et de services, à un établissement public d'hébergement qui est, entre autres, responsable de la supervision du plan d'intervention du bénéficiaire hébergé.

Le pavillon constitue une extension du centre d'accueil et, à ce titre, le Conseil d'administration de ce dernier est responsable de la qualité des services dispensés aux personnes âgées qui y résident. Par ailleurs, afin de mieux assurer l'adéquation des services aux besoins, une évaluation des bénéficiaires hébergés dans ce type de ressources, sous l'égide des CRSSS, est actuellement en cours. Cette démarche devrait permettre de formuler des orientations quant aux normes de qualité de vie en pavillon, à l'aménagement physique, aux activités offertes, à la capacité d'hébergement et aux services de santé et sociaux requis.

Les différentes formules d'habitation

Les besoins et les aspirations variés des personnes âgées rendent nécessaire la mise en place d'une gamme étendue de ressources résidentielles. Il est alors possible d'envisager diverses formules. Ainsi, des ententes de services pourront être conclues entre une coopérative d'habitation pour personnes âgées ou une HLM avec personnes âgées d'une part et un Centre local de services communautaires d'autre part. Différentes modalités ou ententes permettront d'assurer des programmes et des ressources de maintien à domicile. Ces mêmes programmes et ces mêmes ressources pourront être offerts aux personnes âgées qui vivent en chambre et en pension ou dans d'autres formules d'habitation.

Qualité des services dans les établissements

Certaines personnes âgées ont des besoins de services qui, à cause de leur nature et de leur intensité, ne peuvent être satisfaits par leur entourage immédiat ou la communauté. Pour ces personnes, le centre d'accueil d'hébergement et le centre hospitalier de soins de longue durée peuvent constituer les ressources les plus appropriées à leurs besoins.

Les conseils d'administration de ces établissements doivent, en accord avec la réglementation en vigueur, s'assurer que leurs bénéficiaires reçoivent la meilleure qualité de services possible. Il est en effet de la responsabilité des centres d'accueil et des centres hospitaliers d'adapter leurs services aux besoins et aux caractéristiques de leurs bénéficiaires âgés dans le respect de leurs droits. Il s'agit de maintenir et d'améliorer les services qui vont assurer aux personnes âgées vivant en institution le maintien ou le recouvrement de leur autonomie physique et/ou mentale, sans omettre un possible retour dans leur milieu de vie naturel. Ces services sont ceux reliés aux soins infirmiers, à la physiothérapie, à l'ergothérapie, à la pharmacie et aux services psychosociaux, de même qu'à un environnement humain aux plans affectif, culturel, psychologique et spirituel.

Le Ministère a déjà accru sa contribution à ces services afin de minimiser les conséquences de leur absence ou de leur insuffisance et entend poursuivre ses efforts en ce sens.

Pour contrôler l'usage des médicaments et s'assurer que les soins médicaux sont conformes aux besoins des personnes âgées ayant des problèmes de santé, des services en pharmacologie et en soins médicaux dans les centres d'accueil d'hébergement seront créés dans les établissements où ils n'existent pas encore, conformément au règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

En ce qui concerne plus particulièrement les services médicaux, ceux-ci doivent tenir compte des effets du vieillissement et des multiples pathologies qui le caractérisent souvent. La planification et l'organisation des services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée doivent respecter deux éléments fondamentaux de la philosophie d'intervention privilégiée par le Ministère, à savoir: l'approche globale et l'harmonisation de l'action des divers intervenants (professionnels et administrateurs) entre eux, incluant le médecin. A cet égard, un projet de démonstration en cours dans 29 centres d'accueil d'hébergement concernant

l'implantation de la vacation dans ces centres devrait permettre, d'une part, d'utiliser l'approche globale pour la planification et la dispensation des soins médicaux requis par la personne hébergée et, d'autre part, de mieux intégrer le médecin à l'équipe de soins ainsi qu'au cadre organisationnel de l'établissement. Le Ministère compte privilégier ce mode de rémunération pour l'ensemble des établissements d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que pour les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée.

Enfin, pour trouver les meilleurs moyens de faire face aux problèmes de santé mentale que rencontrent certaines personnes âgées vivant en centre d'accueil ou en centre hospitalier de soins de longue durée, le ministère des Affaires sociales a l'intention de former un comité dont le mandat consistera à étudier les modalités d'implantation d'un programme de psycho-gériâtrie à l'intérieur de ces établissements. L'évaluation de certaines expériences en cours permettront de dégager les éléments d'un tel programme.

Humanisation des services

La qualité de vie des personnes vivant en institution est une préoccupation majeure du ministère des Affaies sociales qui doit s'étendre également aux établissements eux-mêmes.

À cet égard, l'attitude de certains établissements et des intervenants eux-mêmes envers les personnes âgées, contribue à déshumaniser les services qui leurs sont offerts. En effet, chez-eux, on note une tendance à l'« infantilisation » dans les façons de percevoir les personnes âgées et d'intervenir auprès d'elles. Elle se manifeste de différentes façons: les personnes âgées sont interpellées par leur prénom, ou elles sont tutoyées, ou encore sont soumises à des règlements trop rigides pour leur âge (heure des repas, de coucher, heures de visites, etc.). L'humanisation des services passe nécessairement par des changements d'attitudes et de comportement à ce niveau.

Cette préoccupation se retrouve d'ailleurs à l'intérieur du plan d'amélioration des relations du ministère des Affaires sociales (Ministère et réseau) avec les citoyens et les citoyennes. En effet, deux éléments spécifiques de ce plan visent à circonscrire les actions en cette matière. Ce sont l'accueil et l'individualisation des services. De plus, pour la première fois cette année le Ministère a décidé d'attribuer, dans le cadre du Prix d'excellence en Affaires sociales (Prix Persillier-Lachapelle) deux nouveaux prix dont un **sur l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires hébergés dans des établissements du réseau**. L'attribution d'un tel prix permettra de connaître les actions concrètes, créatrices et positives posées par les établissements, d'une part, et d'autre part, de servir de point de référence aux actions futures de ces derniers en vue d'humaniser les services. Le Ministère, en collaboration avec les Conseils régionaux, compte faire la promotion de toutes les mesures ou actions concrètes qui favorisent le respect de la personne âgée et la qualité de vie de celle-ci.

Structure de services et modalités fonctionnelles

Accessibilité aux services

Présentement, les personnes âgées accèdent aux services socio-sanitaires principalement par les Centres locaux de services communautaires, les Centres hospitaliers de soins de courte durée, et les cabinets privés de médecins.

A) Les Centres locaux de services communautaires

Le CLSC a été créé pour dispenser à la population de son territoire une gamme variée de services socio-sanitaires et communautaires dans une démarche qui se veut globale, multidisciplinaire et polyvalente. Il a la responsabilité d'accueillir la personne qui demande un service, d'évaluer cette demande, de lui dispenser les services requis ou d'orienter la personne vers la ressource appropriée.

Afin de favoriser la meilleure accessibilité possible aux services, d'en assurer une coordination efficace, le MAS, conformément à la nouvelle réglementation, favorise pour les personnes âgées les orientations suivantes:

La personne âgée qui a besoin de services s'adresse au Centre local de services communautaires. Si sa demande est faite à une autre instance qui ne peut dispenser le service requis, celle-ci l'achemine vers le CLSC ou la ressource appropriée.

Au CLSC, la personne âgée est accueillie et reçoit toute l'information nécessaire. Sa demande est évaluée et un plan de services est établi avec elle.

L'évaluation de la demande de la personne âgée porte non seulement sur l'ensemble de ses besoins mais également sur ses capacités, sur le support de sa famille et de son entourage, sur les possibilités des organismes bénévoles, des services publics ou privés de lui apporter l'aide nécessaire.

De plus, pour les services que le Centre local de services communautaires rend lui-même à la personne âgée, il doit établir un plan d'intervention.

Par ailleurs, le plan de services établi par le Centre local de services communautaires avec la personne âgée spécifie la nature des services requis.

Si la personne requiert un hébergement, sa demande sera acheminée par le Centre local de services communautaires au système d'admission régional. Lorsque la personne est déjà hébergée dans un établissement, sa demande sera transmise directement au Comité d'admission avec l'évaluation du bénéficiaire.

B) Le cabinet privé du médecin

Autant en ce qui concerne les visites au cabinet du médecin que les visites à domicile des médecins, les personnes âgées constituent un groupe d'utilisateurs de services médicaux non hospitaliers fort important. Il importe donc qu'une sensibilisation accrue des médecins soit exercée de façon à ce que ces derniers prêtent une attention particulière aux personnes âgées qui se présentent dans leur clinique.

De plus, l'amélioration des services aux personnes âgées dans sa dimension de continuité des soins et services passe par les liens à renforcir entre les médecins de pratique privée et les ressources du réseau des Affaires sociales, que ce soit pour des motifs de demande d'hébergement ou de besoins de soins et services à domicile.

C) Les Centres hospitaliers de courte durée

Devant l'utilisation toujours croissante, par les personnes âgées, des services dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée, ces derniers doivent développer des programmes spécifiques pour répondre aux besoins particuliers de ces bénéficiaires, notamment au niveau de l'accueil et de l'orientation, vu le choc « techno-culturel » de l'entrée en ce milieu.

Ces programmes et les différentes activités qui en découlent doivent tenir compte de la nécessité de développer une démarche globale dans les soins hospitaliers aux personnes âgées et insister sur l'approche particulière que tout le personnel doit avoir face à la personne âgée qui se présente à l'urgence ou qui est admise en courte durée.

Dans tous les centres hospitaliers, les actions doivent être articulées en fonction de trois éléments principaux: un mécanisme d'accueil approprié, l'existence d'un système d'évaluation et les liens avec les autres composantes du réseau.

Ainsi, les structures d'accueil doivent être organisées de façon à ce que la personne âgée qui présente des problèmes à caractère pluripathologique, dont la situation exige une intervention multidisciplinaire ou des types d'interventions qui dépassent le cadre de l'hospitalisation, soit prise en charge immédiatement et soumise à un processus rigoureux d'évaluation afin que soit réalisée le plus rapidement possible l'élaboration de son plan d'intervention. De plus, des mécanismes de coordination doivent être constitués pour que soient compatibles les services hospitaliers et tous les services du réseau des Affaires sociales qui pourraient être appelés à intervenir dans le traitement de la personne âgée, qu'il s'agisse des Centres locaux de services communautaires ou du système régional d'admission.

Dans les centres hospitaliers de courte durée, l'organisation des soins aux personnes âgées devrait être confiée au département clinique de médecine générale. En conformité avec ses responsabilités, celui-ci devrait voir à la mise en place de programmes spécifiques à l'intention des personnes âgées et s'assurer qu'un plan d'intervention et un plan de congé soient élaborés pour toute personne âgée qui requiert les services internes ou externes de l'établissement. Il est également de sa responsabilité de voir à l'implantation et au fonctionnement des mécanismes de coordination des services avec les autres intervenants du réseau soit au moment de l'entrée soit à la sortie du bénéficiaire.

En ce qui concerne spécifiquement les unités de soins de longue durée, les centres hospitaliers ont la responsabilité de faire en sorte que ces milieux de vie soient physiquement et humainement adaptés aux conditions des bénéficiaires qui y séjournent.

Enfin, le ministère des Affaires sociales suit avec beaucoup d'intérêt et favorise l'expérimentation, dans certains centres hospitaliers, de services de courte durée gériatrique en interne à des fins ou bien d'évaluation, ou de traitement ou de réadaptation, ainsi que des services de psycho-gériâtrie.

La coordination des services

Le processus d'évaluation qui trouve son aboutissement dans un plan de services établi par le CLSC doit constituer le fil conducteur de la coordination des services.

Tant que les personnes âgées demeurent dans leur milieu de vie naturel, que peuvent être mises à profit leurs capacités résiduelles, les ressources de leur environnement ou celles du CLSC, c'est à ce dernier qu'il revient d'intervenir. Lorsqu'il lui apparaîtra préférable ou nécessaire que ces personnes bénéficient d'une mesure de placement, en milieu institutionnel (CAH ou CHSLD), le CLSC acheminera la demande au système régional d'admission.

Désormais, conformément au règlement, tout placement dans une ressource d'hébergement ou de soins de longue durée sera effectué via un système d'admission mis sur pied dans toutes les régions du Québec par les CRSSS qui auront à déterminer le mode de fonctionnement de ce système et à approuver les critères d'admission en CAH et CHSLD.

Pour faciliter la coordination des interventions au niveau de la personne et au niveau des services, le ministère des Affaires sociales verra à l'implantation d'un instrument standard d'évaluation des besoins de services des personnes âgées. Le processus d'évaluation et d'orientation des personnes qui font une demande d'hébergement s'avère un pré-requis pour n'admettre en institution que les personnes dont la nature et l'intensité des besoins en services ne peuvent être satisfaits en dehors d'une ressource de type institutionnel.

Lorsque l'évaluation de l'état de la personne et de ses besoins révèle plutôt la nécessité qu'elle soit placée en famille d'accueil, le CLSC acheminera la demande de placement au CSS. Celui- ci est responsable des placements en famille d'accueil, des services à rendre à la personne et à la famille d'accueil durant le placement et de l'évaluation continue de la pertinence de la mesure adoptée.

Le CSS, à des fins de protection sociale, se verra également confier, en collaboration avec les ressources du territoire, la responsablité de s'assurer que les personnes âgées qui vivent dans des milieux que l'on désigne par le terme de « foyer illicite », reçoivent les services que requiert leur état. Ils devront ainsi procéder à l'inspection de ces foyers et, le cas échéant, soit les reconnaître à titre de famille d'accueil ou en recommander l'accréditation à titre de pavillon, soit prendre les dispositions nécessaires pour que le foyer soit fermé.

Enfin, à un niveau sous-régional, les départements de santé communautaire seront responsables de l'établissement et de la mise à jour du profil de l'état de santé de la population âgée de leur territoire. Ils verront également à l'identification des problèmes de santé des personnes âgées, à l'élaboration, l'évaluation et la mise à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé à l'intention de la population âgée.

Conclusion

Dans l'élaboration de cette politique et l'expectative des actions à réaliser, le souci premier du ministère des Affaires sociales est l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes âgées.

Le cheminement nécessaire à la réalisation de cet objectif repose essentiellement sur le respect de la personne âgée et la pleine reconnaissance de sa contribution au développement de la société québécoise. Il implique également la nécessité d'articuler l'ensemble des interventions vers le maintien ou la restauration de l'autonomie des personnes âgées. De plus, sa réalisation suppose le soutien à l'implication de la famille de la personne âgée, de son entourage, des multiples réseaux d'entraide et des différentes initiatives communautaires. Cette préoccupation est capitale puisqu'elle permet de redonner à la personne tout son espace et sa liberté d'agir et d'assurer le respect de ses choix et de ses décisions.

Sans se substituer aux personnes âgées elles-mêmes et à l'apport du milieu, les services dont elles disposent doivent de plus en plus être adaptés à leurs besoins et répondre à leurs aspirations. A cet effet, et c'est essentiel, les ressources publiques doivent plutôt supporter l'action des personnes, de leur entourage et de la communauté, dépassant ainsi la stricte prestation de services.

Pour sa part, le ministère des Affaires sociales entend assumer ses responsabilités pour réaliser le plus rapidement possible les mesures visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et entend collaborer avec ses partenaires gouvernementaux et sociaux pour y parvenir.

L'atteinte d'une véritable qualité de vie pour les personnes âgées implique la participation d'instances diverses et la coordination d'un ensemble d'activités touchant aussi bien l'éducation, le travail, le revenu, le logement, le transport, les loisirs et la vie sociale.

Références

(1) _____ Loi sur l'abolition de la retraite obligatoire et modifiant certaines dispositions législatives. Projet de loi no. 15, chap. 12, 1982. Sanctionné le 1er avril 1982)

(2) _____ Recensement du Canada, 1981

(3) _____ Recensement du Canada, 1951

(4) _____ Hypothèses élaborées par l'Office de planification et de développement du Québec dans le cadre des travaux préparatoires à la politique québécoise de population. 1982

(5) _____ U.N. Publication. By 2000, the Elderly Will Be the Fastest Growing Age Group Almost Everywhere in the World in **Aging International**. Vol. VIII, No. 2, Summer 1981

(6) Roy, L.. **Le recul de la mortalité**. Québec: Conseil des Affaires sociales et de la famille. 1983

(7) _____ Loi sur l'assurance-hospitalisation. S.R.Q. A-28. Québec

(8) _____ Loi sur la sécurité de la vieillesse (1951) et Supplément de revenu garanti (1966). Canada

_____ Régime des rentes du Québec (1965). R-9. Québec

(9) _____ Loi sur les services de santé et les services sociaux. S.R.Q., Chap. S-5. Québec

(10) Lewis, Normande. **Les travailleurs âgés: examen de littérature**. Québec. Ministère du Travail et de la Main d'oeuvre du Québec. 1979

(11) _____ **Pour mieux répondre aux besoins de nos aînés**. Québec: Secrétariat général du Conseil exécutif. 1980

(12) _____ Statistiques Canada. Répartition du revenu au Canada se- lon la taille du revenu. 1980. Catalogue 13-206. Annuel

(13) Idem

(14) _____ **La femme et la pauvreté.** Ottawa: Conseil national du bien-être social. Octobre 1979

(15) Idem

(16) _____ **Les femmes et la réforme des régimes de retraite.** Québec: Université du Québec à Montréal. Relais-femmes. Comité de condi- tion féminine de la CSN et de la FTQ. 1983

(17) _____ Statistiques Canada. **Recensement du Canada 1971.** Logement, caractéristiques des logements selon l'âge et le sexe du chef de ménage. No. 93-739. Vol. II, partie 4, Juin 1975

(18) Bélanger, Lucie. Relations entre les motivations d'entrée en loge- ments autonomes réservés aux personnes âgées et le statut socio- économique in **Service social,** Vol. 28, Nos 2 et 3, juillet-décembre 1981

(19) Béland, F.. **Une enquête sur les personnes âgées vivant à domicile dans trois villes du Québec.** Québec: Ministère des Affaires so- ciales. Direction des politiques de santé. Septembre 1980

(20) _____ **Étude sur les personnes âgées vivant à domicile.** Québec: Ministère des Affaires sociales. Service des études sociales. Août 1981

(21) Dillard, Sylvie. **L'espérance de vie en bonne santé au Québec.** Québec: Conseil des Affaires sociales et de la famille. Décembre 1982

(22) _____ **La santé des Canadiens — Rapport sur la santé des Canadiens.** Ottawa: Santé et Bien-être social Canada et Statistiques Canada. Juin 1981

(23) _____ **Une politique québécoise en matière de nutrition.** Québec: Ministère des Affaires sociales. Mai 1977

(24) _____ **Statistiques annuelles 1980.** Québec: Régie de l'assurance-maladie du Québec. 1981

(25) _____ **Fichier Santé-Entrée.** Med Écho AH-101P. Québec: Ministère des Affaires sociales.

(26) Barbeau, G.. La consommation des médicaments chez les personnes âgées in **Toxicomanies.** Vol. 9, No. 1, Mars 1976

(27) Barbeau, G. et Julien, J.Y.. Pharmacolovigilance en centre de soins prolongés in **Union médicale du Canada**

(28) Tremblay, J.. Médicaments d'ordonnance et personnes âgées: gratuité et méthodes de contrainte des coûts in **Union médicale du Canada.** Vol. 109, No. 3, Mars 1980

(29) _____ **Médicaments ou potions magiques?** Québec: Conseil des Affaires sociales et de la famille. 1982

(30) Côté, M.. Demain, la vieille, c'est moi in **Nous, notre santé, nos pouvoirs.** Montréal: Editions coopératives Albert Saint-Martin. Les Editions Remue-ménage. 1983

(31) _____ **La réforme des pensions, la part que veulent les femmes.** Toronto: Comité national d'action sur le statut de la femme. 1983

(32) Plamondon, G. et Plamondon, L.. **Pour une problématique de la crise de la retraite.** Montréal: Université de Montréal. Faculté de l'éducation permanente. 1981

(33) Corin, Ellen. De la structure à la signification des réseaux sociaux de personnes âgées dans la région de Québec in **Cahiers de l'ACFAS.** Recherches sur le troisième âge. 1982

(34) Atchley, R.P.. Selected Social and Psychological Differences Between Men and Women in **Journal of Gerontology.** 31 march 1976

(35) _____ **Pour une politique en santé mentale à l'intention des personnes âgées.** Document de travail. Québec: Ministère des Affaires sociales. 1982

(36) _____ Lamarche, Marie-Christine et Ballen, Y.. **Les personnes âgées de Montréal face au crime.** Montréal: Université de Montréal, C.I.C.C. 1983

(37) Bélanger, Lise. Les formes de violence dont sont victimes les personnes âgées: résultats d'une cueillette d'information auprès des intervenants in **Cahiers de l'ACFAS.** Recherches sur le troisième âge. 1982

(38) _____ **Politique d'aide aux femmes violentées.** Québec: Ministère des Affaires sociales. Document de travail. Inédit

(39) Sicotte, C.. **Évaluation des bénéficiaires en CAH et CHSP.** Québec: Ministère des Affaires sociales. Direction des politiques de santé et de l'évaluation des programmes. 1982

(40) Béland, F.. **Application du système CTMSP à une clientèle non-institutionnelle en regard des facteurs prédisposant à l'institutionnalisation: élaboration d'un modèle d'intervention non-institutionnelle.** M.A.S.. Service de l'évaluation-santé, miméographié.